



**Facultad Latinoamericana de Ciencias  
Sociales**

**Sede Argentina**

Ayacucho 551 - (1026) Buenos Aires, Argentina

Tel 4375-2435 líneas rotativas. Fax:4375-1373

Email: [polSOC@flacso.org.ar](mailto:polSOC@flacso.org.ar)

---

**MAESTRÍA EN DISEÑO Y GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS SOCIALES**

**Ciclo 2007 - 2008**

**CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA DE  
GÉNERO Y DERECHOS: EVALUACIÓN DE  
USUARIAS DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL  
HOSPITAL ARGERICH, CIUDAD DE BUENOS AIRES**

**TESIS DE MAESTRÍA**

**Autora: MARINA MATTIOLI  
Directora: MÓNICA PETRACCI**

**Abril de 2011**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera expresar mi agradecimiento a las personas que colaboraron en la elaboración de esta tesis:

Agradezco enormemente a mi directora, Mónica Petracci, quien además de guiarme en forma constante en el proceso de investigación desde el plano teórico y metodológico, me incentivó en los caminos de la investigación.

Además, agradezco el financiamiento para la realización de este trabajo por parte de una Beca de Posgrado del CONICET, la cual me permitió dedicar más tiempo a la elaboración de esta tesis. Y, en la etapa inicial de mi interés en la temática, el financiamiento de una Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia a nivel de Programas Sanitarios con Apoyo Institucional, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

También quisiera agradecer a mis compañeras del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), en el cual tengo la sede de trabajo, y a las integrantes del equipo UBACyT en el que participo por los debates y sugerencias, pero principalmente por el apoyo y el entusiasmo que me transmitieron a lo largo de estos meses.

Quisiera agradecer especialmente a los trabajadores de los establecimientos en los que realicé el trabajo de campo, dado que, sin su desinteresada colaboración hubiese sido imposible escribir estas páginas: a la doctora Andrea Cohen, la licenciada Ruth Risther, la doctora Rosana Rubaschevsky, la doctora Sandra Vázquez y la doctora Paula Real. De la misma manera, quisiera manifestar mi agradecimiento a los directores de los establecimientos, que aceptaron la realización del trabajo de campo en los establecimientos y manifestaron un gran interés en la investigación, y a la Jefa del Área Programática del Hospital Argerich, la Dra. Teresa Batallán.

Hago extensivo el agradecimiento a todo el personal de los establecimientos que recibieron con absoluta amabilidad mi estadía durante el trabajo de campo en su ámbito laboral.

Un agradecimiento general y anónimo —manteniendo la confidencialidad prometida—, pero no por ello menos importante, a todas las mujeres que respondieron la encuesta, sin su voz no hubiera podido realizar este trabajo.

Mi reconocimiento al profesor Lucas González y demás profesores de la maestría, como así también a las autoridades y equipo administrativo, y al jurado que leerá la tesis.

De la misma manera, agradezco a Susana Duro la corrección y edición de la tesis.

Finalmente, quisiera agradecer muy especialmente a todos los familiares y amigos que acompañaron directa o indirectamente este recorrido, que escucharon, comentaron, y alentaron la culminación de esta tesis.

¡Muchas gracias!

## **RESUMEN**

El tema de la tesis es la etapa de evaluación de las políticas públicas, cuya importancia radica en la generación de insumos para la toma de decisiones y la mejora continua basada en el aprendizaje. Además, permite conocer si la calidad de atención, uno de los componentes del derecho a la salud, está garantizada en los servicios y centros de salud.

El objetivo fue conocer y describir la evaluación de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva, desde las perspectivas de género y derechos, de las usuarias de los servicios de Salud Reproductiva y Adolescencia del Hospital Argerich, y de los Centros de Salud y Acción Comunitaria del Área Programática (CeSAC N° 9, CeSAC N° 15, CeSAC N° 41).

El diseño fue descriptivo. Se trabajó con fuentes primarias. El instrumento de medición fue un cuestionario estructurado, aplicado a la salida de los servicios.

El propósito de esta tesis es aportar un instrumento validado y una primera medición, con la intención de contribuir a la discusión referente a la evaluación de políticas públicas, específicamente sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Estandarizar y sistematizar las mediciones permitirá que profesionales y tomadores de decisiones puedan contar con información válida, continua y confiable.

## **PALABRAS CLAVE**

1. Calidad de atención de salud / Quality of Health Care /Qualidade da Assistência à Saúde
2. Salud Sexual y Reproductiva/ Sexual and Reproductive Health / Saúde Sexual e Reprodutiva
3. Servicios de salud/ Health Services / Serviços de Saúde
4. Derechos Sexuales y Reproductivos/ Sexual and Reproductive Rights / Direitos Sexuais e Reprodutivos
5. Género / Gender / Gênero

## ÍNDICE

	Páginas
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL</b>	<b>7</b>
Estado	7
Sociedad Civil	9
Políticas públicas	11
Género y políticas públicas	15
Evaluación de las políticas públicas	18
Calidad de la atención	23
<b>CONTEXTO</b>	<b>31</b>
El contexto de la salud en la Argentina	31
El desarrollo histórico del sistema de salud	34
El financiamiento del sistema de salud	38
Salud y derechos sexuales y reproductivos	41
Los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina	45
Las normativas y los programas de salud sexual y reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	49
<b>ESTADO DEL ARTE Y ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>54</b>
Antecedente empírico: evaluaciones previas de la calidad de atención	58
Antecedente metodológico: el instrumento de medición	64
Metodología de consenso para elaborar el instrumento de medición	64
El instrumento consensuado	70
<b>LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA “CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DERECHOS: EVALUACIÓN DE USUARIAS DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL ARGERICH, CIUDAD DE BUENOS AIRES”</b>	<b>72</b>
Diseño metodológico	72
Objetivo general	72
Objetivos específicos	73
Hipótesis	73
Metodología y técnica de relevamiento	73
Ámbito de estudio y dinámica del trabajo de campo	74
Tratamiento y análisis de la información	80
Análisis de datos de la calidad de atención	81
Los perfiles sociodemográfico y reproductivo	82
Evaluación de las dimensiones	91
Evaluación global de la calidad del servicio/centro	92
Evaluación de la dimensión interpersonal	96
Evaluación del trato de profesionales/equipo de salud	96
Evaluación del trato del personal administrativo	99
Evaluación de la claridad e información recibida	100
Evaluación de la dimensión técnica	102
Evaluación de la dimensión ambiental	107
Evaluación de la privacidad en las consultas	107
Evaluación de las instalaciones	108
Evaluación de la dimensión educación y comunicación	111
<b>CIERRE</b>	<b>115</b>
Síntesis, discusión y recomendaciones	115
De la investigación a la política pública: intentando la “traducción”	121
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO</b>	<b>135</b>

## INTRODUCCIÓN

El tema de esta tesis es la calidad de atención en salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género y derechos. El trabajo continúa la línea de investigación sobre calidad de atención, desarrollada en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), institución sede de mi Beca Interna de Postgrado Tipo I, otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y, específicamente, las investigaciones realizadas por la directora de la tesis, Dra. Mónica Petracci.

Es también la continuación de la investigación “Calidad de la atención en salud y derechos sexuales y reproductivos: metodología de consenso para elaborar un instrumento de medición” realizada con el apoyo de una Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativía a nivel de Programas Sanitarios con Apoyo Institucional, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga, en el período 2007-2008. Esa investigación tuvo por objetivo lograr un instrumento para medir la calidad de atención en salud y derechos sexuales y reproductivos, consensado por los actores intervinientes en el proceso de atención: usuarios, profesionales de servicios y centros de salud, sociedad civil, y tomadores de decisiones.

Por otra parte, y con relación a los contenidos abordados en la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO), en esta tesis se retoma la etapa de evaluación de las políticas públicas, cuya importancia reside en la generación de insumos para la toma de decisiones y la mejora continua basada en el aprendizaje. La evaluación de la calidad de atención en salud redundará en la mejor atención de las usuarias y permite conocer si el derecho está garantizado en los servicios y centros de salud.

En esta introducción, se describe la justificación del estudio y la estructura de la tesis.

La salud es un derecho humano. Entre los principios aceptados y pretendidos por los sistemas de salud se encuentran la equidad, el acceso universal y la atención de buena calidad. Son enunciados en programas, planes y declaraciones, tanto por los distintos niveles de gobierno, como por organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, fundaciones y entidades académicas.

Entre otros tratados y documentos internacionales, la Declaración de Buenos Aires del año 2007, derivada de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo, considera que la salud es “[...] un derecho humano que debe ser garantizado para todos, y es a la vez una responsabilidad y un deber que debe ser asumido por todos: el Estado y los organismos públicos, las empresas privadas, las organizaciones de la comunidad, los ciudadanos y los organismos internacionales” (Declaración Buenos Aires 30/15, 2007:11).

La calidad de la atención, el tema de esta tesis, es un componente del derecho a la salud. Según la Organización Mundial de la Salud, otros componentes son la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad.

Contar con acceso a los servicios de salud no garantiza atención de buena calidad, concepto que no sólo refiere al trato interpersonal de los médicos, sino que incluye —entre otros aspectos— el trato del personal administrativo, cuestiones vinculadas a la privacidad en la consulta, a la información recibida, a los tiempos de espera y a las instalaciones.

Por su parte, “[...] los derechos sexuales y reproductivos no siempre son considerados como temas significativos por muchas de las personas que trabajan en el campo de la salud. Por consiguiente, [...] no siempre se traducen en prácticas diarias que permitan garantizar la privacidad, la capacidad de elegir, el consentimiento informado, la confidencialidad y el acceso a los beneficios derivados de los avances científicos” (The Lancet, 2007:3).

La política de salud, y principalmente salud sexual y reproductiva, es un ejemplo de política en donde la perspectiva de género adquiere un lugar relevante. La existencia de patrones de discriminación de género, violencia, abuso o casos de violación colocan a esa política en un lugar central en lo que respecta al trato hacia las mujeres. La adopción de la perspectiva de género en su diseño y gestión conseguirá otro impacto.

La perspectiva de derechos, tan central como la de género, implica la necesidad de fijar un marco conceptual para el desarrollo de políticas públicas que puedan considerarse compatibles con el ejercicio de derechos, que incorporen el principio de igualdad, de no discriminación y de responsabilidad (Pautassi, 2010).

Por otra parte, adquiere relevancia el fortalecimiento y análisis del papel de la evaluación de las políticas públicas o los programas destinados a abordar esas problemáticas. Para esto, es fundamental consensuar el abordaje de la salud desde una perspectiva de derechos, considerando los múltiples determinantes e integrando el conocimiento de las distintas disciplinas. La investigación social en salud es un insumo fundamental para tomadores de decisiones, intensificando además la interrelación entre investigación y gestión.

Las razones para evaluar políticas y programas sociales dependen de las características del programa, y del interés en medir alguna característica específica de la política. La evaluación presenta utilidad a los encargados de la gestión cotidiana porque permite centrar la atención en el cumplimiento de los objetivos perseguidos y de la ejecución; y sirve a quienes tienen responsabilidades en niveles estratégicos, en la medida que proporciona información sobre actividades que orientan el diseño y planificación de políticas; “[...] pero también cumple una importante función de responsabilización, en su sentido de rendición de cuentas sobre la gestión, facilitando una actitud de los funcionarios más proclive al debate y al aprendizaje en el proceso de debate público” (Neirotti, 2001:2).

Habiendo dado cuenta de la relevancia de la perspectiva de género y derechos, y de la importancia de la evaluación de las políticas públicas, sigue la justificación de la perspectiva de calidad de atención adoptada.

La profusa y diversa producción de conocimiento sobre calidad de atención evidencia la complejidad y multidimensionalidad del concepto y demuestra los diferentes criterios que los actores intervinientes pueden adoptar a la hora de medirla. La producción teórica y empírica sobre la calidad de atención puede ser analizada desde cinco ejes, no exhaustivos: a) calidad de la atención basada en el criterio médico (desde la perspectiva de la formación de los profesionales y desde los procedimientos técnicos); b) calidad basada en la gestión, la planificación y la administración en salud; c) calidad basada en las perspectivas de derechos y género; d) calidad abordada desde el plano conceptual y teórico; y d) calidad de atención percibida, desde la perspectiva de los usuarios.

La evaluación que se presenta fue realizada desde la perspectiva de las usuarias, aunque se describen brevemente los componentes y antecedentes de todos los ejes mencionados.

La medición sistemática y periódica de la calidad de atención en salud permite conocer las falencias de los servicios de salud, desde el punto de vista de los usuarios, y elaborar políticas destinadas a resolverlas. Dada la importancia de sistematizar y estandarizar la evaluación de la calidad de la atención en la red asistencial pública, el propósito de esta tesis es doble. Desde el punto de vista del conocimiento, el aporte es una primera medición sobre la evaluación de la calidad de la atención, a través de un instrumento elaborado mediante metodología de consenso. Desde el punto de vista práctico o aplicado, el aporte es una contribución para que profesionales de la salud y tomadores de decisiones puedan contar con información válida y confiable.

A esta Introducción, le siguen cinco partes. En la primera, se desarrollan los conceptos del marco teórico y conceptual. Cada uno de los capítulos aporta las definiciones y perspectivas de abordaje del *Estado*, la *sociedad civil*, las *Políticas públicas*, la relación entre *Género y políticas públicas*, la etapa de *Evaluación de las políticas públicas*, y la *Calidad de atención*.

En la segunda parte, se desarrolla el contexto, describiendo en primer lugar el desarrollo histórico, y el financiamiento del sistema de salud en nuestro país; y luego específicamente sobre *Salud y los derechos sexuales y reproductivos*.

La tercera parte está dedicada al *Estado del arte y antecedentes de la investigación*. Se describen las evaluaciones previas de la calidad de atención, y el antecedente metodológico que describe la metodología de consenso, para elaborar el instrumento de medición utilizado para el relevamiento de los datos.

La cuarta parte se refiere a la investigación empírica realizada y comprende dos capítulos. En el primero, se especifican las hipótesis, los objetivos y, en base a ellos, los lineamientos metodológicos implementados, se relata la dinámica del trabajo de campo y, por último, el tratamiento de la información. El segundo, dedicado al *Análisis de datos de la calidad de atención* está formado por dos apartados: en el primero se presenta la descripción de los perfiles sociodemográfico y reproductivo de las usuarias encuestadas, y en el segundo, se desarrolla el análisis de la evaluación de las dimensiones del instrumento de medición.

En la quinta y última parte, se presentan la síntesis, la discusión y las recomendaciones, y se describe la interacción con los equipos de salud al presentar los hallazgos, en el capítulo *De la investigación a la política pública, intentando la “traducción”*.

La intención fue escribir un documento no sexista y se trató de evitar ese lenguaje. Sin embargo, a fin de facilitar la lectura, no se incluyen recursos como “@”, “x” y “os/as”.

Cabe aclarar, además, que se utilizará el término “usuaria” con la intención de erradicar la referencia a un sujeto pasivo (paciente), basada en una perspectiva biologicista.

Por último, se hablará indistintamente de salud sexual y reproductiva, y de salud y derechos sexuales y reproductivos, en tanto la primera noción implica el abordaje desde la perspectiva de derechos. Por otra parte, se hará referencia a salud en general, cuando se trate del funcionamiento y financiamiento del sistema de salud, sin diferenciar por ramas de atención.

## MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Para estudiar la calidad de atención este trabajo de investigación se nutre de seis ejes teóricos o conceptuales: Estado, sociedad civil, políticas públicas y género, que conforman el marco teórico sustantivo de esta tesis. La evaluación de las políticas públicas y la calidad de atención son los ejes que nutren el marco teórico operativo. Sobre esos ejes, se presenta a continuación el estado del debate, a la luz de la discusión sobre la política pública.

### Estado

Históricamente, el surgimiento del Estado se ha identificado con la aparición y el desarrollo del capitalismo. El proceso de formación del Estado se ha caracterizado —entre otros atributos— por la delimitación de un espacio, el establecimiento de relaciones de producción e intercambio, la conformación de clases sociales, y el desarrollo de sentimientos de pertenencia, que dieron contenido simbólico a la idea de nación (Oszlak, 1982, 1997).

Así, el Estado ha sido estudiado desde múltiples perspectivas centrándose en las funciones, la fuerza y el alcance de la actividad estatal (Poggi, 1997; Fleury, 1997).

En esta tesis, se enfatizará en la perspectiva que aborda el papel del Estado en la formación de la agenda gubernamental y el diseño y gestión de políticas públicas. Si bien la toma de posición del Estado frente a una problemática no es diferente a la de otros actores, “[...] tiene sentido centrarnos alrededor de aquéllas porque cuentan con el respaldo de normas de cumplimiento supuestamente obligatorio [...] y porque en general repercuten sobre la sociedad más extensamente que las políticas privadas” (Oszlak y O’Donnel, 1976:26).

“Orden y progreso”, la fórmula inicial enunciada enmarcando las funciones del Estado, se ha ido rearticulando en los diversos momentos históricos. A medida que avanzaba el capitalismo, y con él la inequidad social, surgió la llamada “cuestión social” como problemática. La incorporación del control del conflicto social en la agenda gubernamental [...] “se tradujo en programas y políticas que apuntaron —entre otros objetivos— a la reducción de la pobreza, al logro de mejores condiciones de trabajo y negociación laboral, a la preservación de la salud, la institución de regímenes de previsión social o la extensión de la educación a las capas más desposeídas de la población, acciones que fueron definiendo los rasgos característicos del denominado Estado de Bienestar” (Oszlak, 2002:6).

En la actualidad, los puntos centrales de la agenda gubernamental son gobernabilidad (orden), desarrollo (progreso) y equidad (la cuestión social), principales desafíos que afrontan las sociedades (Oszlak, 2006:5).

En este sentido, frente a la creciente cantidad de cuestiones planteadas por una sociedad cada vez más compleja y fragmentada, las instituciones estatales también se expandieron, se diferenciaron y se especializaron. Así, siguiendo a Fleury (2001:3) “[...] el acercamiento a la institucionalidad del Estado no puede dejar de ver que, además de poder político institucionalizado (actor), el Estado es también un campo estratégico de lucha (arena), en el cual los diferentes actores se enfrentan y se reconstituyen como sujetos políticos”.

Las diferentes definiciones del Estado remiten a una entidad que posee administración, leyes, organizaciones e instituciones con las cuales ejerce su capacidad de coerción, y estructura las relaciones sociales (Skocpol, 1985).

Desde otra conceptualización, se lo considera como un conjunto complejo de dispositivos institucionales para gobernar, que opera a través de las actividades continuas y reguladas de individuos que actúan como ocupantes de cargos. El Estado, como la suma total de dichos cargos, se reserva a sí mismo la tarea de gobernar una sociedad territorialmente



limitada, y monopoliza, de derecho, y en la mayor medida posible de hecho, todas las facultades e instrumentos correspondientes a esa tarea (Poggi, 1997:21).

Entre los diferentes ocupantes de cargos, es necesario destacar el papel de las burocracias, en tanto la implementación de los programas y políticas públicas requieren de la intervención de una estructura gubernamental compleja. Siguiendo a Oszlak (2006:2), las burocracias públicas “[...] son la contraparte concreta de la noción idea-abstracta del Estado”, es lo que hace, y está determinada por la naturaleza y los contenidos de las políticas públicas que implementa.

En el sentido weberiano, el Estado representa el monopolio del uso legítimo de la coerción. Retomando la perspectiva weberiana (Weber, 1964), Bourdieu analiza la capacidad del Estado de reivindicar con éxito el monopolio del uso de la violencia simbólica, en un territorio determinado y sobre el conjunto de la población, “[...] bajo la forma de estructuras mentales, de categorías de percepción y de pensamiento” (Bourdieu, 1993:9). Esa definición posibilita comprender el monopolio de la violencia simbólica que el Estado ejerce, al nombrar las problemáticas que pasan a formar parte de la agenda o constituirse como asuntos públicos, al decidir determinada perspectiva en la resolución de las problemáticas sobre las que decide intervenir, al nominar a los beneficiarios o titulares de derechos, y al establecer así los discursos oficiales.

Siguiendo también la caracterización weberiana de las funciones del Estado (legislativa, de policía, de justicia, las ramas de administración y el régimen militar), Sidicaro (2003) analiza la crisis del Estado que se manifiesta en la pérdida o debilitamiento de las capacidades políticas, burocráticas y administrativas, necesarias para realizar normalmente sus funciones. En esas situaciones, algunas de las funciones no realizadas por los aparatos burocráticos públicos pasan a ser asumidas por actores o asociaciones creadas en la sociedad civil.

En ese contexto, emergen las agencias de crédito multinacionales, que participan en la política pública por medio de sus recomendaciones técnicas (Sidicaro, 2003), y afirman en ellas la necesidad de participación de la sociedad civil, fiscalizando y dando transparencia a las operaciones (González Bombal y Villar, 2003; Banco Mundial, 2004; Banco Interamericano de Desarrollo, 2005). Escenario en el que los gobiernos latinoamericanos “redescubrieron” a las organizaciones de la sociedad civil como interlocutores de las políticas públicas (Offe, 1992).

Se asiste a otro proceso que modifica la fuerza y el alcance de la actividad estatal, el de globalización, que no sólo profundiza la interpenetración económica y política, sino también la cultural (Hopenhayn, 2000; Chesnais, 2001). Se desarrollan nuevas instituciones internacionales, las leyes, las normas y las prácticas surgen y se discuten también en el marco de la comunidad internacional, y las temáticas aparecen en primer lugar en las agendas públicas internacionales, incorporándose luego a las agendas locales. También se deben considerar los cambios en los regímenes políticos y los procesos de democratización y participación (Leiras, 2007). Este proceso no fue ajeno a ninguna problemática.

Otro proceso que modificó el alcance de la actividad estatal fue la reforma del Estado, que durante la década de 1990 ha sido ampliamente abordada por la bibliografía. Las implicancias de las reformas, la reforma de primera y segunda generación (Oszlak, 1999; Bresser Pereira, 2001), las orientaciones teóricas que dieron argumentos a las reformas, como la teoría de la selección racional, la teoría de la agencia y el neo-institucionalismo (Fleury, 2001), y el cambio del paradigma burocrático de gestión por el nuevo gerencialismo (Crozier, 1997) son algunos de los abordajes teóricos.

Como parte de la reforma del Estado nacional, éste se contrajo, al desentenderse de su aparato productivo (vía privatización), de sus órganos de regulación económica (vía desregulación), de algunas funciones de apoyo (vía tercerización), de la prestación directa de la mayoría de los servicios públicos (vía descentralización), de personal (vía retiros voluntarios y jubilaciones anticipadas), y de una porción de su capacidad de decisión soberana (vía internacionalización) (Oszlak, 2000).

La privatización, como uno de los ejes centrales de la reforma en nuestro país, implicó una reestructuración de los acuerdos institucionales de la sociedad “[...] desplazando la confianza pública hacia soluciones privadas u orientadas al mercado” (Oszlak, 2006:12) en los ámbitos legales, políticos y económicos. La descentralización de los servicios públicos y el proceso de privatizaciones tuvieron un fuerte impacto en el sector salud, aumentado la demanda de estos servicios al perder la cobertura privada por el desempleo y reorganizando las estructuras presupuestarias al pasar a depender de las arcas provinciales.

Posteriormente, la crisis del ultraliberalismo —corriente propulsora de las mencionadas reformas— ha dado lugar al regreso del Estado a algunas de las funciones antes delegadas.

En este sentido, Pautassi (2010:43) destaca que “[...] a tal extremo se ha potenciado la inequidad distributiva, que incluso los defensores del mercado plantean la necesidad de prácticas complementarias de asignación de recursos para mitigar la feroz concentración de los ingresos, recomendando una serie de postulados que se enrolan en el post-consenso de Washington”. Entre las medidas, se menciona la promoción de la vuelta del Estado, su fortalecimiento, y la inclusión de conceptos como protección social, equidad de género y protección del medioambiente. No obstante, el peligro está en “[...] que quienes utilizan estos conceptos en forma parcializada, vaciándolos de significado, promueven nuevas formas de institucionalidad que nada tienen que ver con la garantía de los derechos” (Pautassi, 2010:44). Lo mismo advierte sobre el enfoque de derechos: el desafío es superar la utilización en forma retórica y que sean aplicados efectivamente a las políticas.

Así, Estado, sociedad civil y mercado vuelven a reestructurar las pautas de organización, conformando un conjunto de relaciones de influencia y articulaciones. En la prevención y la atención de la salud, el rol del Estado es central; no obstante, la sociedad civil ocupa —en diversas funciones— un rol cada vez más destacable.

### **Sociedad Civil**

En el lenguaje político, la conceptualización de la sociedad civil fue tradicionalmente colocada en dicotomía con el Estado, entendiéndola como la esfera de las relaciones sociales que éste no regula (Bobbio, 1985). “Debido precisamente a que la expresión ‘sociedad civil’ como fue utilizada en el siglo XIX —que es la misma que se sigue aplicando hoy— nació de la contraposición, desconocida para la tradición, entre una esfera política y una esfera no política, es más fácil encontrar una definición negativa que una positiva de ella, tanto más cuanto en la práctica del derecho público y de la doctrina general del Estado jamás falta una definición positiva del Estado: sociedad civil como conjunto de relaciones no reguladas por el Estado, y, por consiguiente, como todo lo que sobra, una vez que se ha delimitado bien el ámbito en el que se ejerce el poder estatal” (Bobbio, 1985:41).

Bobbio propone un recorrido desde las distintas corrientes teóricas, dando cuenta de la variedad de significados otorgados a la expresión sociedad civil; señala que “[...] el significado preponderante ha sido el de sociedad política o Estado, usado por lo demás en diversos contextos según si la sociedad civil o política haya sido diferenciada de la sociedad doméstica, de la sociedad natural o de la sociedad religiosa [...] Una historia completamente diferente comienza con Hegel para quien por primera vez la sociedad civil ya no comprende el Estado en su globalidad, sino que representa únicamente un momento en el proceso de formación del Estado, y prosigue con Marx, quien concentrando su atención en el sistema

de las necesidades, que es sólo el primer momento de la sociedad civil hegeliana, ubica en la esfera de la sociedad civil exclusivamente las relaciones materiales o económicas [...]. Finalmente, Gramsci, aunque mantiene la distinción entre sociedad civil y Estado, mueve la primera de la esfera de la base material a la esfera superestructural, y hace de ella el lugar de la formación de poder ideológico, diferente del poder político entendido en sentido estricto, y de los procesos de legitimación de la clase dominante” (Bobbio, 1985:63-64).

La utilidad analítica de la dicotomía Estado/sociedad civil fue luego cuestionada al observarse “[...] procesos de fusión entre ambas esferas, y el desplazamiento de la línea divisoria de los comportamientos políticos y los privados” (Offe, 1992:163).

En la actualidad, la sociedad civil abarca un diverso conjunto de organizaciones, Roitter y González Bombal (2000) distinguen: asociaciones civiles, fundaciones, mutuales, cooperativas, obras sociales y sindicatos. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) se conformaron como canales de acceso directo de la ciudadanía organizada, para participar en el debate público y contribuir a las definiciones de bienestar colectivo (González Bombal y Villar, 2003). En ese proceso, han cumplido diferentes roles, desde incorporar nuevos temas a la agenda pública, a ser contratadas por los gobiernos para gestionar los programas y proveer servicios, o para replicar sus programas en mayor escala (función denominada de innovación en González Bombal y Villar, 2003), o para monitorear y evaluar las políticas públicas implementadas. Resulta interesante el modelo que retoman los autores de Adil Najam (1999) diferenciando la convergencia o divergencia entre las metas y los medios en las relaciones entre Estado y OSC, que conforman cuatro escenarios posibles: cooperación, complementariedad, cooptación y confrontación. Tanto las OSC como el Estado pueden percibirse o percibir al interlocutor en alguno de estos cuadrantes, percepción que incidirá en la relación que se establezca y los resultados de esa interacción.

Además, las relaciones entre OSC y Estado pueden ser conflictivas, competitivas e ineficaces y no presentan un patrón homogéneo de comportamiento ni en el campo estatal ni en el de las OSC, ni a lo largo del tiempo (Biagini, 1995).

Los ya mencionados procesos de privatización, descentralización y desregulación, en los cuales el Estado redujo o delegó múltiples funciones, confluyen en una “revalorización de la Sociedad Civil” (Bustelo, 2000). En este sentido, González Bombal y Villar (2003) sostienen que Argentina muestra que la relación entre OSC y políticas públicas —principalmente las sociales— está inscripta en la lógica de “terciarización” de funciones del Estado, en esos casos sirven como canales de distribución de bienes y servicios en programas ya diseñados y ejecutados desde el Estado. Esas funciones no constituirían incidencia, sino distintas instancias de participación (Acuña y Vacchieri, 2007).

Si bien en nuestro país la estructura de oportunidades para la incidencia en la política pública está más abierta para las OSC que en décadas anteriores (González Bombal y Villar, 2003), no alcanza a todas las organizaciones ni a todas las políticas públicas.

En un documento de CEPAL, se señala que en la discusión sobre políticas públicas no puede dejarse de lado la participación activa de los diversos actores en los procesos de toma de decisiones. “[...] Una gestión estatal consensuada requiere de la participación de las partes interesadas, en instancias que permitan fortalecer la confianza entre el gobierno y la Sociedad Civil, ampliándose las oportunidades de cooperación y coordinación” (Durston y Miranda, 2002:7). Los autores proponen la aplicación de recursos metodológicos que propicien la participación de los ciudadanos, ya que contribuiría al desarrollo de sujetos activos e involucrados en el colectivo, con capacidad para intervenir en la resolución de sus propias inquietudes. Consideran además que ampliar la retroalimentación entre el Estado y la sociedad civil estimula procesos de desarrollo basados en las capacidades locales.

Dar cuenta del involucramiento y la participación de los actores en la gestión de las políticas públicas conlleva a la apreciación del concepto de ciudadanía, caracterizado por la abundancia de significados. Siguiendo a Motta, la ciudadanía ha referido a los criterios de inclusión o de pertenencia de un individuo a una comunidad política, “[...] este concepto ha tenido dos ampliaciones fundamentales: la primera, para incorporar la idea de igualdad en la distribución de derechos, durante la modernidad política ya no sólo se tratará de definir quién es ciudadano, sino de asegurar que, al serlo, sea tratado de la misma manera que los demás ciudadanos. Desde entonces, la ciudadanía invoca tanto un estatus jurídico-político que incorpora y excluye, como un derecho a tener derechos que emancipa e incluye sujetos. Segundo, durante la transición al siglo XX, el concepto de ciudadanía se amplió para incorporar las condiciones sociales y económicas que deben existir para que los individuos puedan gozar de los derechos. Desde entonces la ciudadanía está vinculada a la igualdad de condiciones” (Motta, 2008:33-34).

Esto es, sin las condiciones sociales y económicas necesarias para garantizar la reproducción de la vida no se puede gozar plenamente de los derechos ciudadanos, y mucho menos, involucrarse, participar, reclamar e incidir en la gestión e implementación de políticas públicas que contribuyan a su ejercicio.

La información sobre los derechos y la apropiación de éstos es central para el ejercicio pleno de la ciudadanía. En el mundo moderno, afirmar que alguien tiene un derecho implica afirmar que alguien distinto de él tiene un deber (Capella, 1993:140-141), tal como sucede con el derecho a la salud que se destacará más adelante. La difusión de derechos suele ser una importante tarea desempeñada por las OSC, como así también el monitoreo de las políticas públicas para dar cuenta de su efectivo cumplimiento.

Pero la construcción de ciudadanía “[...] requiere no sólo del empoderamiento de los ciudadanos y las ciudadanas sino de un compromiso del Estado en cuanto a sus obligaciones positivas y negativas” (Pautassi, 2010:18). Son estas relaciones entre derechos y deberes, el papel del Estado y su relación con la sociedad civil, y el ejercicio de ciudadanía algunas de las cuestiones que permean el diseño y gestión de políticas públicas.

### **Políticas públicas**

Según Güell (2008), el concepto de política pública surge en la primera mitad del siglo XX, en el contexto de las necesidades y los efectos de la industrialización (disciplinamiento de mano de obra, necesidad de reproducción social).

Se define a la política estatal como “[...] el conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil” (Oszlak y O’Donnel, 1976:21). Esa difundida definición se enmarca en el trabajo *Estado y Políticas Estatales en América latina: hacia una estrategia de investigación*, en el que los autores proponen una perspectiva para el estudio de las políticas públicas que desagrega y “pone en movimiento” a un Estado y a diferentes actores que actúan respecto a ciertas “cuestiones”. Denominan “cuestiones” a los asuntos, necesidades y demandas que son problematizados socialmente.

Según los autores, es un enfoque más dinámico que se diferencia de aquellos que analíticamente reconceptualizan Estado y sociedad, teorizando en un alto nivel de abstracción; y de aquellos enfoques más estructurales que toman por objeto la relación clase-Estado en sus diversos modos de vinculación, uno de los cuales serían las políticas estatales (Oszlak y O’Donnel, 1976).

En el estudio de las políticas públicas, existen distintos enfoques que privilegian momentos y aspectos específicos en su abordaje conceptual y metodológico (Martínez Nogueira, 1997).

Tradicionalmente, el proceso de la política pública consideró importante la decisión sobre qué y cómo hacer, y luego la ejecución por el aparato burocrático, basándose en la dicotomía entre la política y la administración pública, y relegando las demás etapas del proceso. Por esto, en muchos estudios se intenta explicar por qué se adoptó una política.

Oszlak lo ejemplifica, señalando un argumento que representaría a ciertas concepciones —basadas en la distinción entre decisión y ejecución— que consideran que las políticas son formuladas por quienes tienen conocimientos técnicos, o por quienes legítimamente legislan, pero la implementación de esas políticas es el ámbito de la burocracia, relacionada a rutina, ineficiencia y corrupción: “[...] el fracaso de la políticas puede así explicarse por una actitud casi conspirativa de la burocracia, manifestada en su renuencia a “implementar” diligentemente objetivos y programas formulados por legisladores o técnicos bien inspirados, que manejan un instrumental y un conocimiento adecuados, pero que carecen de poder suficiente para imponer sus propuestas” (Oszlak, 1980:9).

En comparación, se ha desarrollado más el estudio del sistema político (estructura, partidos políticos, proceso electoral), que el proceso de decisión y ejecución de las políticas públicas, aduciéndose diversas razones históricas y teóricas para explicar la carencia de investigación sistemática en el área (Aguilar Villanueva, 1996).

Luego, otras disciplinas —como la sociología, la antropología y la economía— comenzaron a tomar a las políticas públicas como objeto de estudio, y en la actualidad constituyen un campo abordado por diferentes disciplinas y saberes. Así, el estudio de las políticas públicas se orientó al análisis de las distintas etapas de la política (Cohen y Franco, 2003; Contreras, 2004), al análisis del gasto (Bianchi et al, 1993; Cetrángolo y Devoto, 2003) o a la construcción de indicadores sobre políticas determinadas (Bloch et al, 2003). Otras investigaciones refieren a la planificación estratégica de las políticas públicas (SIEMPRO, 1999; Bustelo, 1996; Matus, 1998), al análisis de las capacidades institucionales de gestión (Oszlak y Orellana, 1999) y a los efectos de los procesos de privatización, focalización y descentralización (Belmartino et al, 2002; Repetto y Alonso, 2004).

Se destaca además el enfoque de la Nueva Gestión Pública, basada en las ciencias de gestión o *management* relacionada con el proceso de transformación del Estado y las reformas de segunda generación (Oszlak, 1999; Echebarría y Mendoza, 1999; CLAD, 1998; Bresser Pereira, 2001). En diversas investigaciones sobre políticas públicas se las clasifica según sus funciones (distributivas, tributarias, laborales, etc.), o son analizadas como herramientas compensatorias para paliar la pobreza (Raczinsky, 1995; Acuña, 2005) o reguladoras de las condiciones de vida de la población (Cortés y Marshall, 1994).

De acuerdo a los contenidos de las políticas públicas, se distinguen cuatro tipos de políticas: distributivas, redistributivas, regulatorias y constituyentes, cuya adopción o énfasis relativo varía directamente con el régimen político (Oszlak, 2006:30).

Con respecto a las etapas, Lasswell (1971:28, citado en De León, 1997) enunció siete etapas de lo que posteriormente llamó “el proceso de decisión”. Esas etapas son: inteligencia, promoción, prescripción, invocación, aplicación, terminación, y evaluación. Siguió varios autores desarrollando este tipo de análisis procesuales, entre ellos Aguilar Villanueva (1998). Para este autor, las etapas típicas —aunque pueden diferir en nombre y número según otros autores— del “ciclo de la política pública” son: fijación de la agenda, análisis de la cuestión, formulación, implementación, evaluación y terminación. Si bien esas etapas son separadas analíticamente en la bibliografía, en la práctica se superponen, se anticipan o se retrasan, y pueden repetirse; resultado del proceso de influencia recíproca de los actores intervinientes.

La consideración de la política como proceso de varias y complejas etapas ha favorecido también que las diferentes ciencias participantes hayan terminado por concentrar su investigación en tramos específicos del recorrido de la política, y por menospreciar la importancia teórica o práctica de los demás momentos.

En este sentido, cabe destacar que a los fines de este trabajo, la distinción por etapas sólo pretende un mejor entendimiento conceptual, sin dejar de señalar el carácter dinámico del proceso, rodeado de incertidumbre y desconocimiento de las consecuencias de ciertas acciones. Por esa razón, se sigue la antes mencionada definición de Oszlak y O'Donnell (1976), atendiendo a estas definiciones procesuales de las políticas públicas sólo a fines analíticos, sin desentender la arena de conflicto y la influencia recíprocas entre las diferentes etapas del ciclo de las políticas, como así también la disputa entre actores.

Considerando los cortes analíticos marcados por los diferentes autores (Aguilar Villanueva, 1996; Fontaine, 1997; Roth Deubel, 2002), todos coinciden en que el punto inicial es la fijación de una situación socialmente problemática en la agenda pública. Pero no todas las necesidades y demandas de los diferentes actores logran formar parte de la agenda estatal, porque la sociedad no tiene la capacidad ni los recursos para atender a todas las necesidades y demandas de sus integrantes (Oszlak y O'Donnell, 1976).

Por tanto, para que un asunto tenga acceso a la agenda necesita cumplir tres requisitos: que sea objeto de atención amplia o al menos de amplio conocimiento público; que una buena parte del público considere que se requiere algún tipo de acción (generalización de intereses); y, que a los ojos de los miembros de la comunidad la acción sea competencia de alguna entidad gubernamental (Aguilar Villanueva, 1996). Así, la agenda estatal refleja “[...] las cuestiones socialmente problematizadas que consiguen suscitar la atención de las instituciones que conforman al Estado en sus distintos niveles (nacional o subnacional) y poderes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial)” (Oszlak y Gantman, 2007:79).

Dado que las políticas públicas responden a cuestiones problematizadas por diferentes actores, con posiciones conflictivas, es probable que lo previsto en su formulación deba ser modificado en el proceso de implementación en la medida que encuentre oposición en alguno de los actores participantes.

En este escenario el Estado es sólo uno de los actores involucrados. El ciclo de la cuestión, es decir, el recorrido desde su problematización hasta su resolución<sup>1</sup>, involucra además tanto a actores afectados objetivamente como subjetivamente, sin haber correspondencia directa entre la situación del actor y la movilización.

Retomando lo mencionado en el anterior apartado sobre el papel de la sociedad civil, puede decirse que en algunas etapas es más difícil determinar si la intervención de las OSC constituye incidencia (Leiras, 2007), y hasta suele haber fases del ciclo de la política en las cuales es casi inexistente la participación de las OSC.

En este sentido, los nexos que se logren establecer entre la agenda de los ciudadanos y la agenda estatal dependen de la dinámica de las relaciones entre sociedad y Estado (Aguilar Villanueva, 1996). La fuerza de los diferentes actores sociales que intervienen, las relaciones políticas que puedan establecer con el gobierno y el contexto son factores

---

<sup>1</sup> . Oszlak y O'Donnell (1976:18) entienden por resolución de la cuestión su desaparición como tal, sin implicar que ello haya ocurrido porque haya sido “solucionada”, ya que puede ser resuelta porque otros problemas más visibles han monopolizado la atención de las partes anteriormente interesadas en aquella, o porque se ha concluido que nada puede hacerse con ella, o porque el sector social que la planteaba ha sido reprimido, eliminado de cualquier otra forma, desposeído de los recursos que le permitieron en su momento imponer la cuestión ante la oposición de otros actores.

fundamentales en la configuración de la agenda y en el desarrollo de las posteriores etapas, además de esenciales al momento de conocer las modalidades de interacción que se desarrollan entre el Estado y la sociedad civil.

Otra consideración en la constitución de la agenda es que al definir el problema se decide, en parte, también los modos y las opciones de implementación, la colocación del tema en la agenda marca las formas de su continuidad. Una de las dificultades es que frecuentemente la definición del problema que construye el Estado difiere de la definición que tienen del problema sus afectados.

Puede decirse, siguiendo a Aguilar Villanueva (1996:123), que no es fácil definir las cuestiones de modo que sean “[...] teóricamente consistentes, culturalmente aprobables y gubernamentalmente tratables”, dada la diversidad de posturas, que ponen en debate enfoques más morales, éticos y religiosos, que de salud pública o de derechos. Una herramienta para cerrar esa brecha es la investigación social en la cual se incorpore tanto la perspectiva de los interesados como la de los tomadores de decisiones. No obstante, la incorporación de la investigación en salud a la política no ha sido un recorrido sencillo (Bronfman et al, 2000), principalmente en América latina.

En la actualidad, se asiste a una lógica de reproducción de recetas universales, basada en las “buenas prácticas” ajenas como fuente de diseño, decisión e implementación de políticas y programas públicos; identificando experiencias exitosas y generalizándolas como recomendación sobre prácticas a replicar (Acuña, 2007).

Las cuestiones que aparecen como problemáticas y pretenden formar parte de la agenda refieren, por lo general, a una brecha entre lo deseado (por la sociedad) y la realidad, que es particular en cada sociedad y en cada contexto sociohistórico. En su explicación, generalmente ya tienen implícita o explícita una estructura causal que establece una serie de acciones a implementar para solucionar el problema o mejorar la situación real. Dicha transformación social deseada implica un valor público, es decir, elementos que la ciudadanía en determinada sociedad y en cierto contexto político, económico y social reconoce como valioso. La incorporación de las cuestiones depende también del desarrollo socioeconómico y del contexto político que atraviesa la sociedad (Pautassi, 2000).

Por lo dicho, la política pública es una tarea colectiva que incorpora la iniciativa de la sociedad y del Estado. No obstante, la política estatal, como una toma de posición frente a la resolución de la cuestión, no tiene porqué ser unívoca, homogénea ni permanente. Puede ser todo lo contrario, ya que es un conjunto de iniciativas y respuestas, manifiestas o implícitas, observadas en un momento histórico y en un contexto determinados. Más aún, las políticas estatales también generan procesos internos en el Estado mismo. Por tanto, cuando se refiere al Estado es sólo en tanto simplificación de la redacción, y, en realidad, se refiere a diversas unidades, diferentes niveles y distintos procesos burocráticos internos al Estado, que no son homogéneos ni coherentes en todas las cuestiones o políticas.

La toma de posición por parte de alguna de las unidades que tiene atribuciones para hacerlo en nombre del Estado suele generar repercusiones “horizontales” y “verticales”. Las primeras se manifiestan en tomas y reajustes de posición de otras unidades. Las segundas, en la atribución de competencia y en la asignación de recursos (tiempo, personal, dinero, equipo), definiendo unidades formalmente encargadas del tratamiento de la cuestión o de algunos de los aspectos (Oszlak y O’Donnell, 1976).

Así, la toma de posición se plasma en la formulación de programas que legitimarán las políticas y se diseñarán las proposiciones de las políticas, es decir, los fines, metas y medios de efectuación que conducen a la implementación de la política. Las políticas públicas

adquieren un carácter operativo a través de planes, programas, proyectos u otras formas de acción organizadas.

Los planes son las unidades más generales de organización de procesos de decisión y acción; contienen los fines, objetivos, estrategias y sectores de intervención, de modo tal de permitir la elaboración de versiones específicas a las distintas áreas, sectores o regiones involucradas por el plan.

Los programas adquieren un nivel de mayor especificidad que los planes, aunque no necesariamente tienen que disponer de un plan. Están conformados por componentes (puede ser también por proyectos) que constituyen partes relacionadas entre sí funcionalmente, es decir, los componentes o proyectos cumplen funciones que coadyuvan al alcance de los objetivos del programa. Los programas suelen ser continuados o tener períodos de duración no claramente delimitados, puesto que finalizan cuando dejan de subsistir los problemas que les dieron origen (Neirotti, 2005).

En los programas, se precisan resultados específicos y cuantificables, se señalan los medios y las estrategias por medio de los cuales tales resultados han de lograrse, se precisa quienes deberán implementar las acciones correspondientes, se establecen mecanismos para controlar tal implementación, las responsabilidades y los términos de referencia para determinadas instituciones y organismos, y hay una especificación de los recursos a ser utilizados (Bustamante y Portales, 1988).

Los proyectos tienen un nivel de especificidad mayor que los programas y pueden ser parte de éstos, pero no necesariamente deben estar incluidos en un programa, puesto que pueden encontrarse proyectos que existen de modo independiente. Tienen un período y un fin claramente delimitados y sus productos son obras, o bienes y servicios.

Por último, la definición de clúster, da cuenta de un conjunto de proyectos o programas que están reunidos, porque constituyen procesos de intervención en pos de un fin común sobre una misma población y territorio; o porque son procesos de intervención con un mismo ideario, que tienen objetivos diversos aunque emparentados, y que intervienen sobre distintas poblaciones y territorios, reunidos con el objetivo de experimentar en diferentes escenarios con prácticas comparables y aprender en común (Neirotti, 2005).

Cualquiera sea la forma operativa seleccionada se adiciona el problema de los “escenarios de implementación”; esto es, las instituciones que deben llevar a cabo los planes, programas o proyectos formulados no son meros receptores pasivos, sino que, generalmente, tienen sus propios proyectos y existe cierta cultura organizacional —costumbres, creencias, valores y reglas de juego— que contribuye a que las cosas se hagan como se hacen, y puede generar resistencia o conflictos en la implementación de una nueva política (Lareo, 2008).

Resueltos esos conflictos y luego de ejecutarse, se analizarán los efectos de la política, se evaluará y se tomarán decisiones sobre el futuro de la misma. La evaluación es la etapa que “[...] legitima o condena la acción gubernamental. Aquí se reencuentran los dos componentes del campo de las políticas: por una parte, la necesidad de tener claro si las elecciones técnicas y/o científicas fueron las acertadas, es decir, si los impactos finales fueron los esperados, y, por otra, si la ciudadanía percibe como exitoso el programa, ya no desde los indicadores observados sino desde su bienestar y satisfacción” (Cabreró Mendoza, 2000:371). La etapa de evaluación de la política pública, central al trabajo de investigación, será abordada en detalle en otro apartado dedicado a su definición y los tipos.

### **Género y políticas públicas**

El último eje del marco teórico sustantivo es el de género, acotado a su relación con las políticas públicas. El concepto de género es un concepto relacional que refiere a las



características y a las oportunidades económicas, sociales y culturales atribuidas a varones y mujeres en un ámbito social particular, en un determinado momento.

Las políticas públicas con perspectiva de género están indisolublemente ligadas al movimiento de mujeres y al feminismo. Respecto de estos actores, puede decirse, siguiendo a Motta (2008:40), que históricamente “[...] La lucha por los derechos de las mujeres coincide en su contenido, aunque no en su cronología, con la historia de la ciudadanía, tal como ha sido esbozada siguiendo la caracterización de Marshall. La inclusión de las mujeres como ciudadanas coincide con las demandas burguesas por la universalización de los derechos civiles y políticos. La definición de un concepto de igualdad material, destinado a dar cuenta de las diferencias y a superar la subordinación, encuentra en las clases sociales y en las demandas obreras un faro teórico y práctico. Finalmente, los debates feministas contemporáneos, centrados en la identidad cultural, el reconocimiento social y la defensa transnacional de valores, conectan estrechamente a las mujeres con otros grupos sociales en la búsqueda y obtención de demandas concretas”.

En ese recorrido histórico, el feminismo y el movimiento de mujeres instaron a la incorporación al Estado de ideas y propuestas de acción fundadas en sus principios, que, siguiendo a Bonder, “[...] se expresó fundamentalmente en la creación de organismos específicos, que con diverso grado de poder y legitimidad, intentaron incidir directamente en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas de modo de asegurar que la acción estatal revirtiera discriminaciones existentes y en algunos casos promoviera las condiciones para relaciones de género equitativas” (Bonder, 1999:1). En este sentido, manifiesta que las relaciones de género no habían sido una preocupación de las ciencias dedicadas al Estado, ya que consideran al ciudadano un individuo abstracto, no sexuado “[...] aunque como ha sido demostrado por las teóricas feministas, de hecho sus atributos lo asimilan a un varón —y además de sectores privilegiados—” (Bonder, 1999:2).

Para dar cuenta de la influencia del feminismo y del movimiento de mujeres, Bonder reseña el recorrido seguido por la producción teórica feminista sobre la relación Estado/género (desde fines de 1970), distinguiendo tres corrientes: el feminismo liberal, el marxista socialista y el post-estructuralista o postmoderno, que difieren en cómo definen la naturaleza del Estado y las condiciones para el cambio de la inequidad de género.

En primer lugar, el feminismo liberal, se centraba en la igualdad de derechos y oportunidades, y su propuesta se basaba en la lucha por la sanción de leyes antidiscriminatorias, el incremento de la participación de las mujeres en posiciones de poder, y lograr influir en las instituciones públicas y en los puestos de trabajo reservados para los hombres. Para esto, como estrategia se impulsaba el desarrollo de políticas y programas que les aseguren iguales oportunidades, dentro de la estructura del Estado.

La segunda corriente —marxista socialista— si bien con diversas variantes, es una postura que “[...] termina visualizando a las mujeres como víctimas pasivas de las ideologías capitalistas y patriarcales cuyos intereses están cristalizados en una estructura estatal opresiva por partida doble: la clase y el género” (Bonder, 1999:7).

Por último, desde la visión posmoderna se llega a afirmar que no se necesita una teoría del Estado, y sugieren entonces que la teoría feminista no se ocupe de este tema y “[...] se aboque a analizar los regímenes discursivos (como el discurso legal, médico o burocrático) y en el plano de la acción política fortalezca ámbitos de lucha diversos y fundamentalmente situados dentro de la sociedad civil” (Bonder, 1999:7).

Pero, como se mencionaba en el apartado anterior, el Estado no es una única entidad estática y cerrada, sino que está atravesado por diversos intereses de actores que luchan

por la colocación de sus intereses en la agenda, y por la resolución de las cuestiones vía políticas específicas. Y la temática de género no es ajena a esa relación.

La inclusión del papel de las mujeres en las políticas públicas apunta a tres aspectos: "igualdad", "equidad" y "no discriminación" (Petracci y Mattioli, 2009:12). "Igualdad de género" significa igual tratamiento para mujeres y varones en las leyes y las políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general. "Equidad de género" significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres. Por último, "discriminación de género" se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de roles y normas socialmente construidas que impidan a una persona disfrutar plenamente de los derechos humanos. Se da cuando las relaciones entre varones y mujeres "[...] están marcadas por la existencia de jerarquías que comportan privilegios en la distribución de bienes, servicios, prestigio o poder" (Astelarra, 2004:8). Si el Estado es quien debe garantizar igualdad, debe abordar la desigualdad a través de políticas públicas que avancen en la igualdad.

Las políticas públicas que históricamente encaró el Estado en la búsqueda de igualdad y equidad para evitar la discriminación de género fueron igualdad de oportunidades, acción positiva, y transversalidad (Petracci y Mattioli, 2009).

En primer lugar, se desarrollaron las políticas de igualdad de oportunidades, buscando el reconocimiento y la plena implementación de los derechos de las mujeres como derechos humanos; entre los que se destacaban la independencia económica, la igualdad de oportunidades en educación, y las responsabilidades compartidas.

Luego, se enfatizó en la implementación de medidas de acción positiva como mecanismos "[...] para corregir la desventaja inicial de las mujeres" (Astelarra, 2004:9), complementarios de la política de igualdad de oportunidades.

En los últimos años, los esfuerzos se orientaron a la transversalidad, entendiéndola también complementaria a las demás estrategias. Se entiende por transversalidad (traducción de *Gender Mainstreaming*) el "[...] intento de abordar los problemas de igualdad de género dentro de las tendencias dominantes de la sociedad, siendo las tendencias dominantes las direcciones, las organizaciones y las ideas que crean decisiones sobre política y los recursos que contemplan políticas generales o específicas tales como, por ejemplo, la educación o el transporte" (Grupo de especialistas en Mainstreaming, 2005). Apareció como concepto en las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas sobre Mujeres (Nairobi 1985, Beijing 1995). En esta última, fue incluida explícitamente en la Plataforma para la Acción.

Es una estrategia que sitúa la equidad de género en el centro de las decisiones políticas, la asignación de recursos y el conjunto de las políticas públicas, en todas sus etapas y niveles. Produce una reorganización de la toma de decisiones en los procesos políticos, al desplazar el eje de las políticas de igualdad de género hacia las prácticas sociales involucradas en el conjunto de las políticas, desde una planificación basada en el género. Requiere, por un lado, incluir los intereses, las necesidades, las experiencias y las visiones de mujeres en la definición de los abordajes, las políticas y los programas, y la agenda política; y por otro, la distribución equitativa de recursos, oportunidades y beneficios.

Cualquiera sea el foco en la política elegida, y teniendo en cuenta su complementariedad, es central partir de una política planificada. En los últimos tiempos, la planificación de género se basa en la identificación de los roles y las necesidades de género y busca asegurar a las mujeres, a través de su empoderamiento, la obtención de igualdad y equidad (Moser, 1995).

En un análisis crítico de estas estrategias, Pautassi (2000:82) señala que en el abordaje de algunas políticas públicas no se da cuenta del concepto y la perspectiva de género sino que

“[...] sólo se preocupan por perfeccionar los métodos para detectar y clasificar las carencias de las mujeres, sus dificultades de inserción y no se parte precisamente del presupuesto de la existencia de una estructura de poder diferenciada que genere relaciones asimétricas” (Pautassi, 2000:82). Diversas autoras expresan que la incorporación de la perspectiva de género en las políticas exige un análisis previo de las relaciones sociales de producción dentro de las instituciones familia, mercado, Estado y comunidad, a fin de entender cómo se crean y reproducen esas desigualdades de género (Kabeer, 1996; Pautassi, 2000).

Un caso que pone en relación las políticas públicas y el género es el de los programas de transferencia de ingresos. Una posición al respecto es la que sostiene Sunkel, que considera que a pesar de las múltiples y profundas transformaciones en la familia, el Estado mantiene en estos programas una “[...] orientación ‘familista’ que no libera a la mujer de las responsabilidades familiares y en el sistema de protección social persiste el modelo tradicional de hombre proveedor - mujer cuidadora” (Sunkel, 2006:5). Los programas sociales siguen teniendo a la mujer como interlocutora, siendo la responsable de la salud y la educación de los hijos en la mayoría de los programas de transferencia de ingresos, recargando su jornada con trabajo doméstico y comunitario.

A diferencia de esta visión que sostendría a la mujer en el rol tradicional, la corriente de la “economía del cuidado” propone destacar y valorizar el espacio de actividades, bienes y servicios necesarios para la reproducción cotidiana de las personas, que abarca “[...] al cuidado material que implica un trabajo, al cuidado económico que implica un costo y al cuidado psicológico que implica un vínculo afectivo” (Rodríguez, 2005:4). Este trabajo no remunerado también es realizado principalmente por las mujeres, y el cuidado de la salud de niños y otros familiares a cargo ocupa un lugar central.

Otro de los ámbitos en los cuales se hacen visibles las desigualdades es en el de la salud, existiendo “[...] importantes diferencias entre las necesidades y problemas de mujeres y hombres en torno a la salud, así como significativas desigualdades en el acceso y control de los recursos en esta materia” (Gómez, 1997). Como señala Pautassi (2000), en muchos casos estas políticas son “ciegas al género”, ceguera que no emana tanto de ignorar a las mujeres en el diseño de las políticas sino de abstraerlas del contexto social de sus vidas.

La posibilidad del reconocimiento de la equidad de género, como una dimensión fundamental de la equidad social, se sustenta en gran medida en la visibilidad y legitimidad que el movimiento de mujeres ha logrado en los últimos veinte años, en el tipo y calidad del conocimiento que se ha producido y se produce sobre las relaciones de género, así como en el debilitamiento de las resistencias que suscita este nuevo actor social, cuyas demandas cuestionan la estructura de poder y la organización de la vida cotidiana (Guzmán, 1997:2).

Además de los ejes mencionados, hay dos ejes ligados directamente al objeto de estudio, que se desarrollan a continuación y conforman el marco teórico operativo de la tesis.

### **Evaluación de las políticas públicas**

Como se dijo anteriormente, esta etapa del ciclo de las políticas públicas es importante en tanto es un insumo para la toma de decisiones sobre el futuro de la política y de la cuestión.

El concepto de evaluación es complejo. Intentando aproximarse a una noción de evaluación que recopile las múltiples definiciones, Neirotti (2005) retoma la bibliografía (Aguilar y Ander-Egg, 1992; Ballart, 1992; Fernández Ballesteros, 1996), y las experiencias provenientes de organismos especializados en el tema, como el Joint Committe on Standards for Educational Evaluation, el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), y arriba a la siguiente definición: “La evaluación es un proceso de indagación sistemático, valorativo, cuyo propósito es generar aprendizaje sobre la intervención de un

programa o política con el fin de mejorar la toma de decisiones y de otorgarle mayor transparencia a la gestión” (Neirotti, 2005:8).

Así definida, posibilita la producción de conocimiento sobre las distintas experiencias, su posterior difusión y su mejora continua en base al análisis de los hallazgos. Incide en la toma de decisiones clarificando posibles cursos de acción, reduciendo el grado de incertidumbre y brindando información sobre la eficacia de programas, políticas o proyectos.

Aplicada estrictamente al contexto de una política pública, la evaluación puede suministrar información en lo referente a la pertinencia y consistencia del programa, la viabilidad, factibilidad y sustentabilidad de los objetivos y actividades, la relación con el contexto, la articulación y sinergia en relación con otras que contribuyen a fines similares y sobre la perspectiva de los beneficiarios acerca de los procesos y los resultados (Neirotti, 2005).

Por lo tanto, la evaluación es útil para la toma de decisiones en la gestión cotidiana ya que permite controlar la ejecución; pero también es útil para quienes tienen responsabilidades en niveles estratégicos de conducción de la política general, en la medida que proporciona información sobre actividades que orientan el diseño y planificación de políticas y también cumple un importante papel en la función de responsabilización, vinculada a la rendición de cuentas sobre la gestión, facilitando una actitud de los funcionarios inclinada al debate y al aprendizaje en el proceso de debate público (Neirotti, 2001).

Asociadas a las etapas del ciclo de las políticas descritas anteriormente, se encuentran las distintas evaluaciones que pueden realizarse en cada una de esas etapas. Se puede distinguir —con diferencia en la nominación de acuerdo a los diversos autores— tres tipos de evaluaciones, clasificadas de acuerdo al momento en que se evalúa (Oxman, 1988):

1. Evaluación relacionada a la conceptualización y el diseño de los programas
2. Evaluación durante la implementación del programa
3. Estimación y evaluación de los resultados y utilidad de los programas.

Siguiendo esta clasificación analítica, se pueden distinguir distintos subtipos según el objeto de la evaluación, el alcance, quién evalúa y la perspectiva de los involucrados. Se describen a continuación las características de la evaluación, de acuerdo al objetivo.

La evaluación relacionada con la conceptualización y el diseño de los programas, o evaluación ex ante es aquella realizada para tomar la decisión, dado que se desarrolla en un tiempo anterior a la existencia del programa. En esta etapa, se evalúa el diseño (para dar cuenta si hay correspondencia entre el diagnóstico y los objetivos del programa); su viabilidad (es decir, si están dadas las condiciones políticas e institucionales para impulsar el programa); la factibilidad (se analiza si se reúnen las condiciones económico-financieras y técnicas para llevar adelante el programa), y la sustentabilidad (garantizar que el programa cuente con posibilidades de subsistir) (Neirotti, 2005:19).

También, en este momento, es necesario considerar la construcción de viabilidad que requerirá el programa, sea política —que los diferentes actores apoyen la propuesta—, social —no encontrar resistencia en las creencias, actitudes, costumbres y expectativas de los grupos de población que intermedian—, o técnica —pertinencia, coherencia e idoneidad—. Se trata de “[...] establecer la pertinencia de la propuesta, es decir, la adecuación de las intervenciones que propone a la realidad que se quiere modificar [...]. La evaluación ex ante no sólo debería contribuir en la fase de formulación y diseño, a brindar elementos de juicio a los organismos que decidirán acerca de su financiamiento, sino además al mejoramiento de la formulación inicial y a generar aptitudes en los propios ejecutores del programa o proyecto, a fin de ir instalando capacidades para una cultura

organizacional basada en la lógica de la programación y la evaluación” (Nirenberg et al, 2003:104).

La evaluación realizada durante la implementación del programa o evaluación de proceso, se lleva adelante para analizar el desempeño. Por lo tanto, el foco está en el modo en que se desarrollan las actividades previstas. Se distinguen dos tipos: monitoreo y evaluación de gestión. El monitoreo es el procedimiento por el cual se verifica la eficiencia y eficacia de la ejecución de un programa, mediante la identificación de sus logros y debilidades. Algunos monitoreos relacionan las actividades y productos generados en relación con lo programado, otros analizan el desempeño del programa en relación con promedios o estándares establecidos previamente. La evaluación de gestión, por su parte, analiza diferentes funciones en profundidad: organización del programa, división de trabajo, cronograma de erogaciones, comunicación, clima de trabajo, entre otros (Neirotti, 2005:19).

En la etapa final, concluido el programa, se realiza la estimación y evaluación de los resultados y utilidad o evaluación ex post. Esta evaluación puede ser de efectos, de impactos o de satisfacción. La evaluación de efectos da cuenta de los cambios en la realidad producidos por el programa; mientras que la evaluación de impactos reportará información sobre los cambios producidos por el programa en un período mayor de tiempo —mediano y largo plazo— conjuntamente con otros factores. Por último, la evaluación de satisfacción se realiza para conocer lo que sienten, perciben, valoran y resulta de interés para los beneficiarios (Neirotti, 2005). En esta tesis, se desarrolla la evaluación de la política de salud y derechos sexuales y reproductivos desde esa perspectiva, conociendo la satisfacción y opinión de las usuarias de los servicios.

De acuerdo al alcance de la evaluación —el segundo criterio de clasificación—, se pueden distinguir las evaluaciones de decisión (las evaluaciones realizadas ex ante del proyecto o programa), las evaluaciones formativas (las realizadas durante el proceso de implementación) y las evaluaciones sumativas (aquellas realizadas una vez finalizado el proyecto o programa). Las últimas se denominan así porque en ellas se cuenta con el cúmulo de conocimiento aprendido durante el desarrollo del programa o proyecto.

El tercer criterio considerado —quién evalúa— admite las siguientes posibilidades: externa, interna y mixta. Cada una tiene diferentes ventajas y desventajas entre las que se puede mencionar mayor o menor objetividad, distinto grado de conocimiento de la realidad a evaluar, diferentes grados de independencia o implicación con la realidad a evaluar, diferente acercamiento a los actores involucrados, etc.

Por último, de acuerdo a la perspectiva de los actores involucrados pueden ser evaluaciones realizadas a los beneficiarios, a los financiadores, al equipo de gestión, a los decisores políticos, o a combinaciones de estos actores u otros.

Siguiendo a Neirotti, las perspectivas mencionadas se resumen en el siguiente esquema:

Según el momento en que se evalúa	Según el objeto de evaluación	Según el alcance	Según quien evalúa	Según la perspectiva de los involucrados
Ex ante	De diseño De viabilidad y factibilidad De sustentabilidad	De decisión	Externa Interna Autoevaluación Mixta	Los beneficiarios Los financiadores El poder político El equipo de gestión Otros Combinaciones
De proceso	Monitoreo De gestión	Formativa		
Ex post	De efectos De impacto De satisfacción	Sumativa		

Fuente: Neirotti, 2005:19.

En síntesis, según los criterios expuestos, la evaluación realizada en este trabajo es una evaluación ex post, de satisfacción, externa y desde la perspectiva de los beneficiarios.

Además de esas clasificaciones, la bibliografía dedicada a evaluación suele retomar los criterios de efectividad (comparación de los resultados obtenidos respecto de los esperados), eficacia (capacidad de un programa o de alguno de los componentes para alcanzar sus objetivos en el tiempo esperado o eficiencia) y eficiencia (relación entre los productos o resultados esperados de un programa y los costos de los insumos o procesos de apoyo o funcionamiento que implica).

Otras clasificaciones analizan las perspectivas teóricas y metodológicas que las sustentan. De acuerdo a las primeras, hay una perspectiva más tradicional centrada en los objetivos, y una serie de enfoques alternativos que se oponen al tinte positivista de ese tipo tradicional. Algunos de los enfoques alternativos son la evaluación múltiple (que considera las distintas perspectivas de los actores), la evaluación libre de objetivos (son objeto de evaluación todos los efectos provocados por el programa), la evaluación naturalista (propone consensuar los resultados del análisis con los participantes de la evaluación), y la evaluación orientada a la utilización (la decisión del evaluador debe ir acompañada por las consecuencias de la opción en términos de utilidad). La evaluación participativa es otro de los enfoques con amplio desarrollo. Estrechamente relacionada con la salud colectiva, fue expuesta en el Quinto Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, realizado en 2010 (Bosi Magalhães, 2006; Mercado-Martinez, 2006; De Souza Minayo, 2005).

Por otro lado, suele debatirse también en el desarrollo de evaluaciones la perspectiva metodológica a utilizar, que retoma el clásico debate de las ciencias sociales entre métodos cualitativos y cuantitativos. En algunas ocasiones, como señala Amaya (2007:9), llega a “[...] convertirse la discusión sobre evaluación en una discusión sobre metodología”. No obstante, de la misma manera que en las ciencias sociales es cada vez más común desestimar esa contraposición y hablar de la estrategia de triangulación de métodos (Valles, 1997; Errandonea, 1986; Cea D’Ancona, 1996; Reichardt y Cook, 1986), se desarrollan evaluaciones con ambos componentes.

Refiriéndose principalmente a temas relativos al campo de la salud, De Souza Minayo (2008:1) señala: “Cuando focalizamos un tema —cualquiera sea, pero, sobre todo, cuando nos referimos a asuntos relativos al campo de la salud—, observamos que reúne un nivel de complejidad muy grande, exigiéndonos diversas miradas para explicarlo y entenderlo: aspectos históricos (ningún fenómeno está suelto en el mundo), contextuales, dimensiones estructurales, relacionales, regularidades, singularidades y, generalmente, intervenciones de los sujetos y sus interpretaciones en la producción de la realidad. Ahora bien, en tales circunstancias, precisamos generar informaciones cuantitativas y cualitativas de diversos tipos que un abordaje metodológico único no permite contemplar”.

Otros temas abordados por la bibliografía sobre evaluación son el desarrollo de modelos evaluativos (Neirenberg et al, 2000) o la conformación de guías de evaluación de programas, en las cuales se detallan las diferentes técnicas, los procedimientos posibles para la recogida de información, y ejemplos de indicadores (Fernández Ballesteros, 1996). También se desarrollan modelos con una perspectiva de evaluación orientada por cuestiones económicas, como la técnica del Análisis Costo-Beneficio (ABC) o el Análisis de Costo-Efectividad (Cohen y Franco, 1992).

La evaluación social de proyectos se contrapone a ese tipo de evaluación y se caracteriza por medir el impacto que la ejecución de un proyecto —versus no ejecutarlo— tiene sobre la disponibilidad total de bienes y servicios de un país, sin enfatizar sólo en los criterios económicos (Fontaine, en Cohen y Franco, 1992; Contreras, 2004). La identificación de costos y beneficios pretende determinar los impactos positivos y negativos que genera el

proyecto, si bien no todos pueden ser medidos en unidades físicas. En este caso, la medición y valorización de los costos y beneficios se realiza desde el punto de vista del bienestar social del país.

En los últimos años, la mayoría de los organismos de crédito —Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial—, agencias de cooperación —GTZ (empresa alemana de cooperación internacional para el desarrollo sostenible), AusAid (Agencia australiana para el desarrollo), CIDA (Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional)— han impulsado el uso de la Matriz de Marco Lógico (MML) como parte de las metodologías de preparación y evaluación de proyectos (ILPES, 2004). Esta metodología permite presentar de forma resumida la finalidad de los proyectos, el impacto que se espera alcanzar, los bienes y servicios a producir, cuánto costarán estos, cómo se sabrá si se cumplió con el objetivo, y qué factores externos pueden comprometer la ejecución del proyecto. Concretamente, a la hora de evaluar, una vez finalizado el proyecto, la MML permite contar con indicaciones respecto a qué indicadores observar.

El incentivo al desarrollo de esta práctica —que no se da en forma continua y adquiere características distintivas en los diferentes contextos— puede ser relacionado a algunos cambios entre los que se destacan: la importancia asignada a la evaluación para el desarrollo de “buenos gobiernos”; la existencia de mayores niveles de conciencia acerca de la importancia de la cultura de la evaluación incorporada a la gestión de las políticas públicas; el fortalecimiento de la comunidad de evaluadores y la evaluación como disciplina; la creación de instituciones, redes, grupos y encuentros específicos sobre la evaluación de las políticas; y la diversificación de metodologías evaluativas (Amaya, 2007). No puede omitirse la influencia de los organismos internacionales mencionados, ya que incentivan la evaluación y el monitoreo de programas y proyectos, estipulando que sean contemplados en los programas por ellos financiados.

En este sentido, Ospina (2001) señala que el tema de la evaluación de proyectos y programas públicos no es nuevo, pero que la preocupación actual se enmarca dentro de una agenda más amplia de reforma del Estado y de modernización de sus instituciones. Tal preocupación se basa en la necesidad de reevaluar el papel del Estado, y de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios públicos.

En nuestro país, el Sistema de Información, Monitoreo, y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) está dedicado a diseñar e implementar sistemas, destinados a producir información que permita diagnosticar la situación socioeconómica de la población y efectuar análisis útiles para la formulación de políticas; captar información sobre los programas sociales en marcha; monitorear el grado de avance en el cumplimiento de las metas propuestas, y evaluar el grado de correspondencia entre el impacto previsto y el efectivamente alcanzado a través de la ejecución de los mismos ([www.siempro.gov.ar](http://www.siempro.gov.ar)). Fue creado en 1995, y los sistemas son aplicados a nivel nacional, provincial, y municipal.

Desde la creación del SIEMPRO, se han desarrollado evaluaciones de distinto tipo —de resultados, de impacto, de gestión, desde la perspectiva de los beneficiarios—. Asimismo, se han desarrollado sistemas de información para la toma de decisiones e investigación entre los cuales se destaca la Encuesta de Desarrollo Social (EDS).

No obstante, en Argentina “[...] no hay autoridad en materia de evaluación de programas y se observan superposiciones entre las funciones que desempeña SIEMPRO, Jefatura de Gabinete y el mismo Ministerio de Economía y Hacienda<sup>2</sup>” (Neirotti, 2001:16).

---

<sup>2</sup> . En la actualidad se denomina Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

En la Ciudad de Buenos Aires, la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social tiene entre sus funciones evaluar programas sociales ([www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar)). Las evaluaciones publicadas en la actualidad corresponden al programa Ciudadanía Porteña, dando cuenta así del mayor desarrollo de estrategias de evaluación en los programas sociales.

La evaluación de políticas públicas como tema se ha desarrollado no sólo en el Estado, sino también en otras instituciones académicas y de la sociedad civil. Por ejemplo, en los últimos años ha crecido la oferta de posgrados y especializaciones dedicados al tema.

También se ha constituido en tema de agenda de investigación; por ejemplo instituciones como el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) enuncia entre los proyectos varios relacionados a la temática (“Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) en América Latina y el Caribe, a través del aprendizaje Sur-Sur y del intercambio de conocimientos”, “La evaluación como herramienta para una gestión pública orientada a resultados. Casos de Bolivia, Brasil, Chile y México”) ([www.clad.org](http://www.clad.org)).

En síntesis, tanto en el ámbito público como en el privado se realizan diversas actividades relacionadas con la evaluación, vinculadas a garantizar un buen servicio o producto.

Auditoría, control de gestión y supervisión son términos relacionados a la evaluación, pero con diferente significado. Se presenta ahora una breve definición de cada una, para diferenciar esas tareas de la evaluación, que es la función que interesa a los fines de este trabajo. La auditoría tiene por objeto garantizar el buen uso de los recursos, evitando principalmente acciones negligentes o delictivas. Por su parte, el control de gestión atiende a los procesos de conversión de los insumos en productos, es decir, a las actividades y los resultados esperados de ésta en cantidad y calidad. Por último, la supervisión se orienta a observar que los procesos se desarrollen según lo previsto, incorporando actividades de apoyo o asesoramiento.

### **Calidad de la atención**

El origen del concepto de calidad está asociado al desarrollo industrial, y basado en el control de las piezas elaboradas. Luego, se fue trasladando a todos los ámbitos, llegando también al campo de la salud, donde se complejiza su definición por la multiplicidad de actores y dimensiones involucrados.

El término “calidad” asume diferentes significaciones según se trate del Estado, de una empresa privada, una organización no gubernamental o del usuario, y según se refiera a un producto, bien o servicio. Además, no se trata de un concepto absoluto, sino relativo; es decir, que debe ser establecida de acuerdo a estándares, resultando, por tanto, de un juicio comparativo y elaborado en forma colectiva.

De la misma manera que pueden distinguirse múltiples dimensiones para su análisis, pueden encontrarse múltiples definiciones, de acuerdo a los actores y a las perspectivas desde las que se enuncia. La definición de calidad en el campo de la salud es más compleja que en la industria y los servicios (Bohigas Santasusagna, 2003).

Una de las primeras definiciones es la de Deming, pionero de la calidad en el campo de la industria, que señala que proveer buena calidad significa hacer lo correcto en la manera correcta (USAID, 1997). Para ese autor, la calidad como meta podía alcanzarse a partir de una dinámica de cambios organizacionales, consistente en la aplicación de un sistema integral de gestión estratégica a largo plazo, en el mejoramiento de la calidad de vida laboral y en la promoción de la satisfacción (calidad percibida) del cliente/usuario, en lo que denominó Calidad Total (Petracci, Ramos y Romero, 2002).



Posteriormente, Donabedian —considerado el pionero de los estudios de calidad de atención en salud— distingue tres definiciones del concepto. La primera, que depende exclusivamente de la perspectiva del prestador del servicio y denomina “absolutista”; la segunda, que surge de cada caso clínico particular, por lo que se denomina “individualista”; y una tercera, “social”, en la que el concepto es contextualizado en el marco de los valores y necesidades sociales (Donabedian, 1980). Este autor, incorpora a la calidad técnica ampliamente desarrollada las nociones de trato interpersonal y confort.

Así, señala que la calidad de la atención a la salud debe definirse “[...] como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzga son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente” (Donabedian, 1990:12).

Donabedian plantea tres posibles aproximaciones a la evaluación del desempeño: evaluación de la “estructura”, del “proceso” y de los “resultados”. Entiende por estructura a los atributos materiales y organizacionales relativamente estables de los sitios en los que se proporciona la atención. El proceso incluye todo lo que los médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes, así como la habilidad con la que lo llevan a cabo. La evaluación de resultados hace referencia a lo que se obtiene para el paciente, supone un cambio en el estado de salud que puede atribuirse a la atención bajo evaluación (Donabedian, 1990:20). Si bien hay defensores y detractores de los tres enfoques, de acuerdo a lo que se desea saber se elegirá la evaluación que se adapte a las necesidades y oportunidades, aunque es preferible contar con información derivada de los tres enfoques.

Ruelas-Barajas (1992), luego de analizar diversas conceptualizaciones de calidad, dirá que en la definición de calidad se debe enfatizar en la necesidad de garantizar la atención que merecen como seres humanos, independientemente de las estrategias o herramientas adoptadas.

Desde la corriente feminista, Araujo y Matalama (1995:2), señalan entender la calidad “[...] como un atributo o propiedad de la atención en salud, que satisface el conjunto de necesidades —explícitas o implícitas— que la población sana o enferma coloca para ser resueltas en la institución de salud, mediante actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. [...] Las necesidades a que responde la calidad de la atención en salud, están referidas al concepto de salud integral, esto es, incluye los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales y espirituales del bienestar”, por lo que abarcando todos estos aspectos, supera el enfoque biologicista.

Por otra parte, también es definida por diversos organismos internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad basándose en un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos para el paciente, alto grado de satisfacción de éste, y resultados finales en la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica en sus documentos que “[...] se puede afirmar que servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad son aquellos que son accesibles y donde existe una buena interacción entre el prestador de servicios y las usuarias/os; aquellos donde partiendo de las necesidades específicas de las mismas/os se les provee de conocimientos, de tratamiento, acompañamiento y de una variedad de tecnologías y métodos anticonceptivos de forma que estos respondan a las necesidades y demandas de las usuarias/os sin que ello les implique riesgos adicionales” (OPS, 2000:6).

Se describen dos aspectos complementarios para asegurar la provisión de atención de buena calidad, uno es la excelencia de los servicios técnicos disponibles (determinada por la capacidad y desempeño del personal técnico y el uso adecuado de recursos y tecnologías

existentes); y, el otro, la satisfacción de la población usuaria con los servicios prestados. La satisfacción es un importante factor en salud sexual y reproductiva, en tanto la atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, es cara y cuesta mucho tiempo corregirla. En lo que refiere a los MAC, la evidencia hace tiempo ha demostrado que es mayor la continuación de los métodos y las tasas de satisfacción cuando las usuarias pueden elegir el método que prefieran (*Outlook*, 1999).

Esta organización, en 1996, publicó el documento, *Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género*, en el que se señalaban las definiciones de salud sexual y reproductiva y los factores que determinan la calidad de atención. Destacaban como condiciones de la calidad de atención la inclusión de la perspectiva de género, las políticas, programas y planes de acción en relación a la población vigentes en cada país, la definición de prioridades, asignación de recursos y fijación de metas, las configuraciones socioculturales y políticas, el compromiso de funcionarios y proveedores y el reconocimiento, respeto y promoción de la participación multisectorial y multidisciplinaria. Definieron, además, seis componentes de evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud, desde una perspectiva de género: accesibilidad, aceptabilidad, relaciones interpersonales, integralidad, competencia humana y técnica, y participación (OPS, 1996).

Así, la calidad de atención es un proceso continuo en la interrelación usuaria-prestador de servicios-sistema de salud-sistema social, y la satisfacción de las usuarias es una parte fundamental de este proceso. Por lo tanto, es importante definir los derechos de las usuarias a fin de garantizar la calidad de dichos servicios. En la publicación dedicada a la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, la OPS (2000) destaca el derecho a la información, el derecho al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, el derecho a elección (tanto de servicio como de método), el derecho al uso de métodos seguros, el derecho a la privacidad, el derecho a la confidencialidad, el derecho a la dignidad, el derecho a estar cómodas (en condiciones que se ajusten a normas y valores culturales), y el derecho de opinión sobre el servicio que recibe.

También el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo reconoce que, además de asegurar la universalidad de los servicios de salud reproductiva “los programas de planificación de la familia deben esforzarse de modo significativo por mejorar la calidad de la atención” (párrafo 7.23). El objetivo debe ser asegurar que las personas “ejercen sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces” (párrafo 7.12).

Por último, la *Carta de Derechos de los Pacientes y Proveedores de Servicios*, creada por la Federación Internacional de Planificación Familiar, establece diez derechos para los clientes de planificación. Los factores que más influyen en la opinión acerca de qué constituye una atención de calidad son: disponibilidad de varios métodos diferentes y la posibilidad de elegir entre ellos, el trato respetuoso y amable, el hecho de que los servicios se brinden de forma confidencial y en privado, la capacidad profesional del personal, la posibilidad de obtener información y asesoría, horarios cómodos y espera aceptable, y la asequibilidad de los servicios (Creel, Sass y Yinger, 2002).

Además, se han desarrollado a lo largo de los años diversas modalidades de control de calidad en instituciones dedicadas a tal fin. Se detallan a continuación las diferentes modalidades de control de calidad, describiendo, además, las instituciones dedicadas al tema presentadas por Arce (2001).

En primer lugar, y directamente relacionada con las concepciones de calidad en la industria, se destaca la “Gestión de la calidad del producto”. Al desarrollarse esta perspectiva, se generó la necesidad de contar con normas técnicas sobre calidad de los productos, y se

creó en 1935 una ONG para ese fin, el Instituto Argentino de Racionalización de Materiales (IRAM). Actualmente, mantiene la sigla pero se denomina Instituto Argentino de Normalización.

Entre sus objetivos, se destacan: “a) Promover el uso racional de los recursos y la actividad creativa y facilitar la producción, el comercio y la transferencia de conocimiento, contribuyendo a mejorar la calidad de vida, el bienestar y la seguridad de las personas; b) Estudiar y aprobar normas [...]; c) Desarrollar servicios de certificación que contribuyan al desarrollo tecnológico, al uso intensivo de las normas y a la mejora continua de los productos, procesos y servicios para beneficio de los consumidores, de las propias empresas y de la sociedad en general; d) Implementar programas sobre desarrollo de la normalización y de la certificación; e) Asesorar a los poderes públicos y entidades particulares [...]; f) Mantener relaciones con entidades vinculadas a los quehaceres de la normalización y de la certificación en el orden nacional, regional e internacional y participar activamente en los trabajos de normalización y de certificación regional e internacional, así como propender al intercambio de información, afiliaciones e implantación de servicios comunes o complementarios; g) Propender al conocimiento y la aplicación de la normalización como base de la calidad, difundiendo el uso de los servicios de certificación de IRAM dentro y fuera del país [...]” ([www.iram.org.ar](http://www.iram.org.ar)).

En la actualidad, es representante de la Asociación MERCOSUR de Normalización y la Comisión Panamericana de Normas Técnicas, y ante las organizaciones internacionales ISO (International Organization for Standardization) e IEC (International Electrotechnical Commission).

El análisis de “eventos centinelas” y las enfermedades “trazadoras” son modalidades de evaluación del producto final, propias del campo de la salud. Un evento centinela es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte, o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas, en un paciente ([www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)). Las enfermedades trazadoras permiten evaluar un grupo reducido de casos que, por su significación estadística, son representativos del conjunto de las actividades de una institución o un sistema de servicios. Para cada trazadora se establece una norma de procedimientos y se instrumentan las medidas para mejorar (Arce, 2001).

Otras actividades desarrolladas en la gestión de la calidad, son agrupadas y denominadas por Arce (2001) como “Programación estructural” —para diferenciarlas de la programación de procesos— y consiste en la definición del propósito o la misión de la organización (definición del tipo de establecimiento, naturaleza jurídica, general o especializado), limitar el área geográfica de influencia (área programática), determinar el programa médico de la institución, y el organigrama funcional (las líneas de dependencia jerárquica, la diferenciación de las actividades de cada sector y la circulación de la información).

Estas modalidades suponen un enfoque de gestión por normas, que “[...] constituyen el eje ordenador del gerenciamiento” (Arce, 2001:60). Como oposición a ese modelo, se desarrolló la “Gestión por resultados”. En este modelo, a partir un conjunto de metas establecidos al elaborar el presupuesto, se evalúan los resultados finales buscando, además del cumplimiento de las normas, los mejores resultados en términos de costo/efectividad.

Un enfoque diferente es la gestión de la calidad en los procesos; para esto se sistematizan los procedimientos para permitir su monitoreo y utilizar la información recogida para la toma de decisiones. La “Programación de procesos” es una de esas modalidades, e implica la sistematización de los procedimientos de rutina desarrollados en un establecimiento. La elaboración de normas de procedimientos contribuye a uniformar tareas y distribuir responsabilidades (Arce, 2001:64), ejemplo de esto es la preparación de muestras para laboratorio o el seguimiento administrativo de un usuario internado.

Siguiendo a Arce (2001:67), “[...] un capítulo especial y controvertido, es el de las normas o protocolos de atención médica por patología o *practice guidelines*. En muchas oportunidades se elaboraron normas de este tipo, tanto en hospitales como en organismos ministeriales. Su dificultad principal radica en que chocan con la idiosincrasia tradicional de la profesión médica, ejercida en forma liberal, más como un arte que como una ciencia exacta”. Otra modalidad son las normas de calidad elaboradas por las sociedades científicas de cada especialidad médica.

En lo que respecta a la programación de procesos, tienen relevancia los “círculos de calidad”. Es una modalidad de la optimización de los procesos derivada de la industria japonesa. Entre sus atributos, se destacan el autodesarrollo, la voluntariedad, la participación de personal de distintas jerarquías, el uso de técnicas grupales, el compromiso de gerentes, recomendaciones enfocadas a la calidad, el análisis de los problemas y su mejora. Se componen por distintas dependencias de las empresas, que se reúnen para ver cómo ordenar y mejorar las actividades (Arce, 2001a).

Continuando con la descripción de las modalidades de gestión de la calidad, se ubican las denominadas modalidades de gestión integral, entre las que se destacan la “Planificación estratégica” y la “Gestión de la calidad total”. La primera involucra el desarrollo de actividades y proyectos a futuro, estableciendo el diagnóstico y pronóstico de las necesidades de recursos humanos, en función de los cambios que pueden preverse en el pronóstico del comportamiento de la demanda. Por su parte, en la “Gestión de la calidad total”, el cliente ocupa el centro de los factores organizadores de la empresa, el compromiso es con su satisfacción; produciendo un gran cambio en la mirada de la calidad, hasta entonces centrada principalmente en la organización.

La mayor parte de los sistemas de evaluación de calidad del campo de la producción y servicios se basan en esta doctrina, por ejemplo, el sistema de la International Organization for Standardization (ISO), las normas ISO 9000, y algunos premios a la calidad. “La modalidad de Premios Nacionales a la Calidad, tiene en la práctica una connotación competitiva, dado que todos los años algunas empresas e instituciones se presentan para aspirar al Premio” (Arce, 2001a:172). Existen premios a la calidad tanto de fundaciones internacionales —por ejemplo, los premios de la Fundación Avedis Donabedian— como de organismos gubernamentales como es el caso del Programa de Gestión de Calidad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Premio Nacional a la Calidad, que se desarrolla más adelante. El servicio de Adolescencia del Hospital Argerich obtuvo el Premio a la Gestión de la Calidad en Salud 2006, por el trabajo multidisciplinario en la atención de adolescentes en el área de Salud Sexual y Reproductiva.

Por último, entre las modalidades destacadas por Arce, señala el desarrollo de la “Gestión de redes de servicios de salud”, entendida como toda organización integrada por un conjunto de prestadores, que brindan servicios de atención de la salud a una población definida, que tienen programas y objetivos comunes, y constituyen una unidad funcional (Arce, 2001:78).

Los párrafos anteriores refieren a los distintos modelos de gestión, que se han implementado —y se implementan— para conducir y administrar los sistemas de salud, distinguiéndose una vertiente de evaluación externa, caracterizada como Garantía de Calidad, y una vertiente del mejoramiento interno de las instituciones, caracterizada por la Gestión de la Calidad.

Una forma complementaria de comprender la concepción de la calidad es a través de la legislación. Entre las normas vigentes en materia de evaluación de los recursos de salud, se destacan las leyes que siguen.

Ley 17132/67, De Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración, que señala en su artículo 5 que, para ejercer tales profesiones o actividades, se deberán inscribir previamente los títulos o certificados habilitantes en la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que autorizará el ejercicio profesional otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial. Legisla también sobre establecimientos donde ejerzan las personas comprendidas en la ley, los cuales deberán estar previamente habilitados por la Secretaría de Estado de Salud Pública y sujetos a su fiscalización y control (artículo 7).

Resoluciones nacionales 2385/80 y 423/87, que legislan sobre las normas para la habilitación de establecimientos asistenciales y servicios de traslados sanitarios.

Decreto Nacional 1424/97, de creación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), cuyo objetivo es normatizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario —con el fin de asegurar la calidad de servicios y de las prestaciones que se brindan a la población—, y proponer las medidas necesarias para garantizar la calidad de éstos. Se señala que será de aplicación obligatoria en todos los establecimientos nacionales de salud, así como en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales, y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del Sector Salud que adhieran al mismo. En la actualidad, depende de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, y entre sus alcances se destaca que “[...] En la práctica se han venido armonizando los procesos de adecuación y mejora de las directrices de organización y funcionamiento, como los procesos de habilitación categorizante y las líneas de acción en seguridad de los pacientes, con las jurisdicciones provinciales” ([www.msal.gov.ar/pngcam](http://www.msal.gov.ar/pngcam)).

Resolución de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 818/04, de creación del Programa de Gestión de Calidad, y la resolución 1069/04 de creación de Comités de Gestión de Calidad en los hospitales. Las funciones son: promover la implementación de la gestión de calidad; potenciar la gestión de calidad mediante actividades voluntarias internas con mejoras documentadas; implementar el aprendizaje sistemático de herramientas y procesos de mejora; conocer las necesidades para poder mejorar los procesos; desarrollar ciclos completos de mejora (monitoreo y evaluación).

Ley 24127/ 92, de creación del Premio Nacional a la Calidad, para promover, desarrollar y difundir “[...] procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo de la calidad en los productos y en los servicios que se originan en el sector empresario, a fin de apoyar la modernización y competitividad de esas organizaciones” ([www.premiocalidad.org.ar](http://www.premiocalidad.org.ar)).

Basados en esas leyes, o en normas de los organismos no estatales, surgen los diversos procedimientos comprendidos en la “fiscalización sanitaria” (Arce, 2001:107), que pueden dividirse en evaluación de los profesionales, de la tecnología, y de los establecimientos. Algunos de los procedimientos más frecuentes de evaluación de los profesionales son la matriculación, la certificación de especialidad, la evaluación de prestadores individuales, la categorización profesional, la certificación profesional voluntaria, y la evaluación de programas de residencias médicas.

Entre los procedimientos de evaluación de la tecnología encontramos la autorización de importaciones, las normas técnicas específicas, y la certificación de necesidad. Por último, la evaluación de establecimientos, que implica la habilitación, las normas de seguridad en instalaciones, la evaluación de prestadores institucionales, la categorización, la acreditación, y las evaluaciones orientadas al primer nivel de atención. La acreditación es el procedimiento específico para establecimientos de salud más extendido en todo el mundo (Arce, 2001:125).

En 1990, por un acuerdo entre la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), se proporcionó un incentivo para promover el método de Acreditación en nuestro país. Luego, se suscribió otro acuerdo entre las principales organizaciones de prestadores y financiadores del sistema de Seguridad Social. Como consecuencia de este último, se creó la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (COMCAM), que adaptó el Manual de Acreditación de la OPS a la realidad argentina. Hacia fines de 1991, debido al cambio de las autoridades sanitarias nacionales, la entidad fue desactivada, antes de iniciar públicamente su programa de Acreditación (COMCAM, 1992).

Esta actividad fue continuada por un amplio grupo de establecimientos privados de salud, y en 1993, se constituyó el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES). El instituto define la acreditación como una “[...] modalidad de evaluación integral, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considerando pautas sobre el trabajo realizado y sus resultados, estableciéndose como un proceso dinámico. Califica la totalidad del establecimiento, y el resultado es ser o no acreditado, lo que constituye una garantía de confiabilidad” ([www.itaes.org.ar](http://www.itaes.org.ar)).

Con el objetivo de incorporar la evaluación de resultados en los programas de Acreditación, el ITAES desarrolla, desde 2003 y en forma conjunta con SACAS (Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud), el Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (PICAM). Entre los objetivos del PICAM se mencionan: impulsar iniciativas destinadas al mejoramiento de la calidad creando un ámbito de reflexión que interrelacione a los grupos de trabajo; desarrollar y obtener indicadores de calidad para cada establecimiento; obtener indicadores de referencia y posibilitar la comparación (*benchmarking*) entre los establecimientos participantes, públicos y privados, con o sin fines de lucro ([www.calidadensalud.org.ar](http://www.calidadensalud.org.ar)).

Desde 1996, publican la Revista del ITAES, que incluye artículos sobre calidad de la atención médica, noticias sobre la propia institución y sobre las actividades de la International Society for Quality in Health Care (ISQua), de la que el ITAES es miembro.

En nuestro país, también hay otras instituciones dedicadas a la calidad de atención en salud. La Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud (SACAS), que tiene como propósito nuclear las iniciativas sobre calidad en atención de la salud existentes en todo el país, tanto las provenientes de los actores tradicionales y profesiones del sector Salud, como de otras áreas de la actividad económico-social, siempre que tengan el propósito específico de abordar el campo de la salud.

Algunos de sus objetivos están orientados a desarrollar y promover actividades académico-científicas, destinadas al mejoramiento de la calidad de la atención de la salud; alentar y facilitar el desarrollo de métodos, procedimientos y herramientas para el mejoramiento y evaluación de la calidad de la atención en servicios de salud; organizar eventos periódicos, reuniones de debate y consenso, cursos especializados o de divulgación, publicaciones especializadas, redes de intercambio de información, contactos entre profesionales y técnicos dedicados a proyectos afines, y cualquier otro tipo de actividad orientada en el sentido definido en el propósito ([www.calidadensalud.org.ar](http://www.calidadensalud.org.ar)).

El Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), dependiente de la Maestría en Efectividad Clínica Escuela de Salud Pública (UBA) también desarrolla tareas relacionadas con la calidad y seguridad de pacientes, interactuando con diversas instituciones sanitarias a través de un modelo colaborativo y participativo ([www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar)).

La Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria (SADAM), es otra institución que nuclea profesionales de todas las especialidades de salud, como también a todos aquellos que desempeñen actividades en las áreas de mejora de calidad, gestión, y control de

prestaciones en las organizaciones de salud prestadoras, financiadoras, o de regulación estatal. Sus objetivos incluyen alcanzar los más elevados niveles de calidad y eficiencia en las instituciones de salud, por la vía del diálogo, la participación, la comunicación, la enseñanza y el aprendizaje ([www.sadamweb.com.ar](http://www.sadamweb.com.ar)).

A nivel internacional, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals —fundada en 1951 y considerada como uno de los inicios de la acreditación hospitalaria en Estados Unidos— define la calidad en base a criterios organizados en dos apartados: brindar la asistencia necesaria (relacionada al concepto de eficacia), y considerar accesibilidad, oportunidad, efectividad, continuidad, seguridad y respeto por el paciente. El objeto del modelo de calidad es poner el centro sanitario a disposición para ofrecer una atención óptima al paciente ([www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)).

Otro modelo es el HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set) que fue desarrollado y es mantenido por el National Committee for Quality Assurance (NCQA) en los Estados Unidos, una organización no gubernamental, que tiene la finalidad de asesorar, reportar y mejorar la calidad. El HEDIS es parte de un sistema integrado para determinar las responsabilidades en el manejo del cuidado médico a través de indicadores que evalúan distintas dimensiones del proceso de atención médica (Rubinstein, 2005).

Por lo dicho, en el campo de la salud son múltiples los motivos por los cuales se ha generado interés en el tema de la calidad, como también son múltiples las perspectivas para definirla y las formas de medirla. La evaluación de la calidad basada en una perspectiva más amplia que la biomédica, que incorpore el trato personal y el confort en la atención, la satisfacción de las usuarias, y una perspectiva de derechos, es la base de este trabajo.

## CONTEXTO

Las definiciones descriptas en el capítulo anterior dan cuenta de la necesidad de estudiar una política pública en el contexto que le da surgimiento y la enmarca. Por esta razón, sigue el desarrollo del contexto de la salud y específicamente la salud y los derechos sexuales y reproductivos con el objetivo de situar la política que será evaluada. En el primer apartado, se habla de salud en general, en tanto el desarrollo y el financiamiento aplican a todas las áreas. Los apartados restantes refieren específicamente a la salud sexual y reproductiva o a salud y derechos sexuales y reproductivos indistintamente —dado que se especificó que la perspectiva de derechos es adoptada en la evaluación—.

Se seguirá la definición de sistema de salud de la OMS, entendiendo que “[...] abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud” (OMS, 2003).

### **El contexto de la salud en la Argentina**

Tanto desde el punto de vista teórico, como desde el ámbito del ejercicio, el derecho a la salud presenta cierta complejidad, dada, por un lado, por su interrelación con otros derechos, y, por otro, por la incorporación no explícita en la Constitución Nacional. Además, dada la organización federal de la Argentina las constituciones provinciales cuentan con autonomía para organizar la provisión de salud.

Esta estructura jurídica federal implica que la legislación nacional no tiene aplicación automática en las provincias, sino que requiere de la adhesión de éstas, por tanto, cada provincia aplica también su propia ley, entre otras cuestiones para la habilitación de establecimientos de salud, categorización, certificación y matriculación de los profesionales.

La noción de la interrelación, e incluso interdependencia, que tiene con otros derechos se evidencia en numerosos documentos elaborados por organizaciones internacionales y en pactos y tratados internacionales en los cuales se menciona el derecho a la salud. Uno de esos documentos, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Ginebra, 1986), menciona que “[...] Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos” (Declaración de Ottawa, OPS 1986). Emerge así esta característica propia del derecho a la salud, que requiere para poder gozar de él la interrelación con otros derechos, y el ejercicio efectivo de ellos. En palabras de Sen “[...] la equidad en salud es inevitablemente multidimensional” (Sen, 2002:2).

En lo que respecta a la Constitución Nacional, el derecho a la salud no fue incluido de manera expresa en la Constitución redactada en 1853, ni en la versión reformada en 1994, que rige en la actualidad. Siguiendo a Arce, puede decirse que “[...] el *derecho a la salud*, aparece por primera vez en la Constitución reformada de 1949. Pero la nueva reforma constitucional de 1957, que deroga la de 1949 y trabaja sobre la base de la Constitución de 1853, incorpora el derecho a la Seguridad Social, en su artículo 14bis” (Arce, 2001:26).

En la última modificación, la reforma constitucional de 1994, se incorpora el derecho a la salud por la vía de otros derechos: en el artículo 41, que establece el derecho a “[...] un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras”; en el artículo 42, que establece que consumidores y usuarios “[...] tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos”; y, fundamentalmente, en el inciso 22 del artículo 75, en el cual se reconoce el rango



constitucional de los tratados internacionales que lo incorporan.<sup>3</sup> Al tener esos tratados jerarquía superior a las leyes, a partir de la reforma se incorpora el derecho a la salud, entre los derechos a garantizar por el Estado, aunque no sea explícitamente.

Así, la Constitución Nacional garantiza el derecho a la salud, en especial a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual en el artículo 12 define el derecho a la salud como “[...] el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (PIDESC, 1966).

Otro tratado internacional incorporado a la Constitución Nacional, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, señala en el artículo XI que “[...] toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Cabe destacar también el impulso dado a la noción de salud como derecho, por parte de organizaciones internacionales como la OMS, la ONU y la OPS, en las diversas declaraciones y documentos de trabajo (Marracino, 1998).

Además, se desarrollaron organizaciones que supervisan el cumplimiento de los pactos por parte de los Estados que los suscribieron. Con ese fin, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas supervisa la aplicación del PIDESC. En el año 2000, adoptó una Observación general sobre el derecho a la salud, en la cual se especificaron los elementos que abarca: disponibilidad (se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud); accesibilidad (a establecimientos, bienes y servicios de salud, no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información); aceptabilidad (todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica); y **calidad**<sup>4</sup> (los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad) (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación 14).

Según esa Observación, el derecho a la salud comprende obligaciones básicas entre las que pueden mencionarse la Atención Primaria de la Salud (APS), alimentación esencial mínima nutritiva, saneamiento, agua limpia potable, y medicamentos esenciales.

Se destaca la APS, estrategia que aborda integralmente los problemas de salud, enfermedad y atención de las personas y el conjunto social, en la que se enmarcan los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs), establecimientos en los cuales se realizó el trabajo empírico de la tesis.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup>. “Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la Convención Americana sobre los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo; la Convención sobre la Prevención y la sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos” (Constitución Nacional, Art. 75, inc. 22, 1994: 16).

<sup>4</sup>. El destaque en negrita me pertenece.

<sup>5</sup>. Estos centros, junto a los Centros Médicos Barriales, los Médicos y Odontólogos de Cabecera y los Consultorios externos de los hospitales integran el primer nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, bajo la Coordinación de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud.

En términos generales, comienza a impulsarse luego de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en Alma Ata, en 1978, a través de la cual los Estados Miembros de la OMS la adoptaron para el logro de la meta “Salud para Todos en el año 2000”. Según esa declaración, la APS “[...] es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Declaración de Alma Ata, 1978).

La APS se sustenta en tres criterios básicos: equidad (plantea la redistribución de recursos, la asignación de prioridades y acceso a servicios básicos para toda la población); coordinación intersectorial (colaboración y cooperación entre los distintos sectores sociales y económicos); y desarrollo de capacidades propias (apunta a que las personas y las comunidades tienen que tomar en sus manos el cuidado de la salud) (Marshall, 1988). En esta estrategia, ocupa un lugar privilegiado la promoción y la educación de la salud.

Si bien se han obtenido logros sanitarios relevantes, la meta de “Salud para Todos en el año 2000” no se alcanzó. Rossi y Rubilar (2007) plantean que una de las posibles explicaciones es que los diversos países no tienen una concepción uniforme sobre la atención primaria. Según los autores, en los países desarrollados al asociarse la atención primaria a la medicina general y familiar, se facilitó su integración a la totalidad del sistema de salud. En los países en desarrollo, en cambio, como en general se ha contado con un financiamiento y asignación de los recursos inadecuados, se la ha asociado a una atención de menor calidad dirigida a los pobres, a los que sólo se les ofrecen las prestaciones más sencillas.

En las últimas décadas, las metas en salud se orientan a lo que la OMS (2000) denomina como “nuevo universalismo”: “Se trata de, en lugar de ofrecer toda la atención posible para todo el mundo, o sólo la atención más simple y básica para los pobres, hacer llegar a todos una atención básica de alta calidad, definida fundamentalmente mediante criterios de eficacia, costos y aceptabilidad social” (OMS, 2000:6).

En nuestro país, se sancionó la ley 26529/09 referida a los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, que destaca como derechos la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, el derecho a la información sanitaria necesaria y a la interconsulta médica.

No obstante estas declaraciones y leyes, el hecho de que la salud se constituya en un derecho no implica su garantía inmediata. En el ámbito del ejercicio pleno del derecho, además de la interdependencia con otros derechos antes mencionada, inciden barreras de diversa índole, ampliamente abordadas por la literatura, entre las que se destacan las barreras económicas, culturales y geográficas (Bruce, 1998; Zapka et al, 2004). También pueden afectar el ejercicio del derecho las influencias religiosas y las ideologías de los efectores, que inciden —en el caso de la salud sexual y reproductiva— en el acceso a preservativos, a prácticas de ligadura y vasectomía o a tratamiento de infertilidad (Romero y Maceira, 2006).

Un último punto a destacar: que el Estado deba garantizar el derecho a la salud implica cuestiones macroeconómicas que no deben dejar de mencionarse. Por un lado, porque forma parte de las políticas reguladoras y distributivas, es decir, de las alternativas de acceso, cobertura y financiación. Esto es así porque la provisión estatal de bienes y servicios (educación, salud, vivienda, alimentos) se lleva a cabo con recursos que el Estado obtiene de la recaudación tributaria y se destinan a consumos colectivos, transferencias monetarias y subsidios (Cortés y Marshall, 1994). Por otro lado, porque la implementación de la política de salud —cómo de cualquier otra política pública— está en estrecha relación

con las cuestiones presupuestarias; sin presupuesto adecuado la normativa pierde fuerza. Así, a pesar de que la discusión sobre salud y economía sea compleja, en la medida que involucra decisiones de inversión y establecimiento de prioridades en aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas, no mensurables sólo a través de criterios económicos (Maceira y Alcat Peralta, 2008), la inclusión de la perspectiva económica es importante, ya que tanto la garantía del derecho a la salud en general, y la calidad de atención en particular pueden estar condicionadas fuertemente por cuestiones presupuestarias, con centralidad en aquellas dimensiones que involucran insumos e instalaciones.

### **El desarrollo histórico del sistema de salud**

El proceso evolutivo del Sector Salud puede dividirse —siguiendo a Katz— en cinco grandes etapas: el período previo a 1945, denominado modelo pluralista no planificado; el período que transcurre desde 1945 hasta 1955, de planificación estatal centralizada; el período desde 1955 hasta 1970, de formación del modelo pluralista de planificación descentralizada; el período de 1970 a 1977, de institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada; y, el período de 1977 a 1990, de crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada (Katz, 1992:3). Al fin de esta periodización, 1990 en adelante, le siguen una serie de reformas que configuraron el modelo actual. Tomando la periodización propuesta por Castro (2010) en una compilación dedicada a las políticas públicas en democracia, se puede señalar el período de 1990 a 1999 de libre elección; el período de 2000 a 2001 que denomina de continuidad de la atención; y por último, el período entre 2002 y 2007 de salud social y comunitaria. Se desarrollan a continuación cada una de las etapas de acuerdo a los autores mencionados.

En el período previo a 1945, existían servicios de diferentes jurisdicciones y naturaleza jurídica superpuestos y sin organización, “[...] sin que el Estado interviniera como instancia institucional de planificación” (Katz, 1992:4). Sus funciones se limitaban al control de epidemias, la sanidad en las zonas de fronteras, a atender urgencias, y la higiene pública, intervención característica del modelo higienista, enfoque con fuerte incidencia entre 1880 y 1920 (Sánchez, 2007). Con esas excepciones, la salud era entendida más como una responsabilidad individual, del ámbito de lo privado, que no formaba parte de las cuestiones a tratar por la política pública.

La diversidad de servicios incluía establecimientos públicos estatales, públicos caritativos (sociedades de beneficencia), mutuales (de comunidades extranjeras o grupos laborales) y privados. Si bien en su inicio las mutuales tuvieron mayor desarrollo por nacionalidad, hacia 1920 comenzaron “[...] a cambiar los motivos convocantes del sistema mutual, pasando a predominar los de inserción laboral” (Katz, 1992:5). En este sentido, el papel del sindicalismo en nuestro país, representa un dato sustantivo también en las formas de organización de los sistemas de salud y la atención médica (Tobar, 2001).

En 1944, por medio del decreto 30655, se crea la Comisión de Servicio Social, que impulsó la prestación sindical de servicios sociales a través del sistema de obras sociales sindicales.

En el plano institucional, el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto eran los organismos encargados del tema salud en el ámbito estatal. En 1943, se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico, con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (Isuani y Mercer, 1988), que dará inicio al modelo de planificación estatal del período siguiente.

Desde 1945 a 1955, en el denominado período de planificación estatal centralizada, ocurren cambios que no son sólo producto del contexto sociopolítico de nuestro país, sino por una

creciente intervención estatal en la planificación y administración de los servicios de salud a nivel mundial. Pueden mencionarse el fin de la Segunda Guerra Mundial, la constitución de la OMS, y el desarrollo del concepto de Salud Pública como hitos principales.

En el ámbito institucional, la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, se transforma en ministerio en 1949 (Isuani y Mercer, 1988). Esto permitió un papel más activo del Estado en este campo: hubo un importante desarrollo del sector estatal con una planificación centralizada, se desarrolló la infraestructura hospitalaria pública, y “[...] todos los establecimientos públicos son nacionalizados, desplazándose de su patrocinio a las sociedades de beneficencia” (Katz, 1992:6).

En el transcurso de la gestión de Ramón Carrillo en el Ministerio de Salud Pública, se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social. Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) del gobierno peronista, se sancionan las leyes de sanidad pública (13012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (13019).

Posteriormente, desde 1955 hasta 1970, en el período denominado por Katz de formación del modelo pluralista de planificación descentralizada, se refleja la ruptura del modelo político-institucional del peronismo y la “[...] fuerte influencia de tendencias ideológicas e intelectuales prevalentes en los organismos sanitarios internacionales” (Katz, 1992:7).

En esta época, el sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal, momento en cual los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional “[...] conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización —específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista— concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional” (Belmartino y Bloch, 1994:18). La transferencia tuvo un impacto diferencial según capacidad de gasto y de gestión de las provincias.

La delegación de competencias desde el Estado nacional hacia los Estados provinciales fue uno de los mecanismos seguidos en pos de la descentralización; otro, fue el crecimiento de entidades no estatales. El subsector privado fue generando sistemas financiadores comerciales (sanatorios o entidades de medicina prepaga). Así, “[...] paralelamente a la rápida expansión de la capacidad instalada privada —que ocurre con desorden y sin mayor respeto por la normativa existente en materia de acreditación y normas de trabajo— se desactiva una significativa cantidad de camas estatales” (Katz, 1992:8).

En el período que sigue, se profundiza este cuadro, dando lugar a la institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada —periodizado siguiendo a Katz (1992) entre 1970 y 1977—. Durante el gobierno de facto de Onganía, se consolida el sector privado y se continúan los programas de descentralización y transferencia de hospitales públicos a provincias y municipios.

En lo que refiere a los seguros sociales, la ley 18610<sup>6</sup> de 1970 establece la obligatoriedad de afiliación de cada trabajador a la obra social que correspondiese a su rama de actividad. Cada trabajador aportará en función de su nivel salarial y obtendrá los beneficios en función

---

<sup>6</sup> . La ley 18610 establecía la regulación de las Obras Sociales Sindicales y la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), que sería el encargado de la coordinación, planificación y control de la inversión de los recursos y del funcionamiento técnico-administrativo. La ley encomendó a las asociaciones profesionales de trabajadores con personería gremial, el otorgamiento de prestaciones asistenciales mínimas a todos aquellos que se desempeñaran en relación de dependencia en la respectiva actividad y a su grupo familiar primario (Visillac et al, 2007).

de los correspondientes al gremio en donde se desempeñara, los cuales eran uniformes, marcando un fuerte desarrollo de las obras sociales.

La ley 19032 de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, señala como principal objetivo de éste “[...] la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud” (artículo 2, ley 19032). Por su parte, cada provincia creó su propia Obra Social Provincial (OSPr) a partir de una ley o decreto específico; siendo éstas autárquicas, es decir, manejan sus propios recursos y funcionamiento.<sup>7</sup>

La seguridad social se expande así hasta cubrir a las tres cuartas partes de los habitantes. Puede decirse que este período se caracteriza por la universalización del sistema financiador de atención médica, incorporando a los trabajadores en relación de dependencia (ley 18610) y a los jubilados y pensionados (Ley 19032).

A partir de 1977, y hasta 1990, se asiste al período de crisis del modelo pluralista de planificación descentralizada. En esta época, se incrementa la tecnología de diagnóstico y tratamiento orientada al tratamiento de enfermedades, declinando el interés por el enfoque clínico, “del trabajo médico manual” (Katz, 1992:11). Los hospitales mutuales logran incorporar esa tecnología y adaptarse al nuevo mercado, no así los hospitales públicos que se desfinanciaron por la reducción presupuestaria estatal. A la luz de estos cambios, se inicia y se difunde una modalidad mixta de contratación en la que la obra social establece convenios por capitación con entidades intermediarias, y paga por prestación (Katz, 1992). Pero ese modelo, basado en la incorporación de tecnología y en la especialización, desembocó en una crisis que afectó la sustentabilidad financiera de la seguridad social (Gogna et al, 2004:54). Ante la caída de la cobertura provista por el sistema de obras sociales, se incrementa también la demanda en los hospitales públicos, con presupuesto cada vez menor.

A partir del retorno a la democracia, en 1983, el proceso de descentralización del sistema de salud<sup>8</sup> se inscribió en el marco de la denominada “modernización del Estado”. La propuesta era unificar financieramente el sistema y mantener la pluralidad de prestadores, pero no llegó a implementarse. Según Belmartino y Bloch (1994), se trató del último intento de reorganizar el sector salud desde una perspectiva integradora con regulación estatal.

Posteriormente, en la década de 1990, comienza una profunda crisis socioeconómica que dio soporte a la implementación de una radical Reforma del Estado, que también aplicó al sector salud. Culmina el proceso de descentralización, transfiriendo los veinte hospitales que el Estado nacional conservaba, especialmente en la Ciudad de Buenos Aires. Según el documento *Bases del plan federal de Salud*, elaborado por el Consejo Federal de Salud (COFESA) en mayo de 2004, “[...] este proceso estuvo marcado por una serie de avances y retrocesos que fueron transformando las bases equitativas que dieron origen al sistema público de atención de la salud en la Argentina. [...] predominaron los objetivos financieros por sobre los requerimientos del sector en materia de mejoras en la eficiencia y la equidad. La ausencia de un diseño institucional y financiero que acompañara al proceso de descentralización, sin los imprescindibles consensos sociales y políticos, llevó a la acentuación de las disparidades preexistentes y originó una gran heterogeneidad de respuestas tanto a nivel microeconómico como provincial” (COFESA, 2004:7).

---

<sup>7</sup> . Actualmente, catorce OSPr son dirigidas por un presidente o administrador, y un directorio, mientras que nueve de ellas se encuentran intervenidas por el gobierno provincial (Maceira, 2008).

<sup>8</sup> . La transferencia de instituciones de salud dependientes del nivel nacional, a entidades provinciales o municipales iniciada en 1956, culmina en el año 1992 en el marco global de la Reforma del Estado y la ley de Emergencia Económica.

Las reformas del sector salud incluyeron el decreto 1269/92, a través del cual el Poder Ejecutivo estableció cuatro políticas sustantivas de salud: lograr la plena vigencia del derecho a la salud para toda la población, mediante la implementación de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad; mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica, mediante la extensión de la cobertura a toda la población; disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones de promoción y protección de la salud; y redefinir el rol del Estado nacional, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización (Gogna et al, 2004:53).

Entre las reformas en el subsector de la seguridad social se destacan la creación del Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), el establecimiento de la Contribución Única de la Seguridad Social (CUSS), que centraliza la recaudación de aportes (decreto 2284/91); y la desregulación de la afiliación a la seguridad social. Esta última modificación permite a los beneficiarios de una obra social afiliarse a otra, eliminando la obligatoriedad de aportar y recibir atención en la organización que correspondía por rama de actividad. Se sale así del esquema solidario, en el que se aportaba en función del ingreso y se recibía la misma cobertura por rama de actividad, asegurando un mecanismo redistributivo intragrupo, para tomar una orientación encauzada en los principios de mercado. Esta reforma ha seguido una orientación que “[...] desatendiendo las complejidades del sector, descansa sobre las supuestas ganancias de eficiencia derivadas de la incorporación de mecanismos de mercado” (Cetrángolo y Devoto, 2003:16). Por esta razón, se puede denominar el período como de libertad de elección, se consideraba que si los beneficiarios dejaban de ser población cautiva, las prestadoras tendrían que competir para lograr la capitación.

Algunas de las cuestiones regulatorias de las reformas fueron la creación de un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica<sup>9</sup>, de la Superintendencia de Servicios de Salud, y la definición de una base de prestaciones para el establecimiento de un mecanismo de contención de costos y de asignación más equitativa de recursos, el Programa Médico Obligatorio (PMO) (Gogna et al, 2004:54).

La obligación de asegurar esas prestaciones básicas a todos los beneficiarios fue promovida luego de la desregulación de las obras sociales para garantizar un esquema de prestaciones básicas obligatorias, que son determinadas por el Ministerio de Salud. Para asegurar el financiamiento de esas prestaciones mínimas que conforman el PMO, el Estado nacional garantiza la cotización mensual de cada trabajador, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) “[...] compensará a la obra social las diferencias que pudieran surgir entre el monto de los aportes y contribuciones de los beneficiarios con el costo de las prestaciones básicas” (Decreto 9/93).

Este cambio de perspectivas tiene algunas desventajas ya que si todos los trabajadores de ingresos altos emigran a determinada obra social, la consecuencia será una fuerte concentración de los afiliados de salarios altos en los planes más caros, o en las mejores obras sociales y, simultáneamente, caería aún más el financiamiento de las obras sociales más pobres, motivado por la fuga de los afiliados con mayores aportes. En el caso contrario, si es un afiliado de salario bajo quien decide cambiar a una obra social mejor financiada, ésta tiene fuertes incentivos para ejercer mecanismos de selección adversa (Cetrángolo y Devoto, 2003). La obligación de garantizar las prestaciones básicas del PMO es el único control a la selección adversa de la demanda que pudiesen realizar las obras sociales. Si bien a partir de la libre elección no pueden establecer carencias, preexistencias, ni condicionamientos para la admisión de los afiliados, sólo tendrán obligación de brindar la

---

<sup>9</sup>. El programa tiene como objetivo normatizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario —con el fin de asegurar la calidad de servicios y de las prestaciones que se brindan a la población— y proponer las medidas necesarias para garantizar la calidad de los mismos (Decreto N° 1424/97).

cobertura establecida en el PMO, aun cuando la de sus afiliados originales fuese mayor, lo cual da lugar al pago de suplementos para equiparar coberturas.

Si bien la estrategia se puso en marcha en 1997, no se produjeron traspasos masivos entre obras sociales, probablemente por “[...] temores de la población ante la falta de información cierta sobre el desempeño de las diferentes obras sociales y las condiciones de su traspaso a cualquiera de ellas” y además porque la ciudadanía “sufrió el bombardeo de una campaña dirigida a lograr su desaliento a partir de advertirle que en la nueva obra social por la que optara sólo tendría derecho a recibir el PMO” (Belmartino, 2005).

La fragmentación, la estratificación, la falta de coordinación, configuran un mecanismo de exclusión más que de búsqueda de equidad, objetivo original de esas reformas. El posterior crecimiento de las tasas de desocupación derivó en la caída de los aportes de manera similar a la caída de beneficiarios, situación que afectó no solo a las obras sociales, sino también a las finanzas de la salud pública al atender a esta nueva demanda.

El período 2000-2001 se caracterizó por la continuidad de las políticas de desregulación, se estableció un nuevo catálogo de prestaciones del PMO y se desarrolló el Programa de Médicos de Cabecera, por el cual el Ministerio financiaría el médico de cabecera que atendería en consultorio privado a determinada población a cargo.

La crisis social y económica impactó negativamente en la salud de la población y en el sistema de salud; a la disminución del gasto en salud se adicionó la devaluación de la moneda en relación al dólar, a partir de la salida de la convertibilidad, lo cual generó desabastecimiento de insumos y tecnología por los altos costos de la importación (Castro, 2010). En ese contexto, se declaró la emergencia sanitaria nacional (decreto 486/2002), que ubicó nuevamente a la APS como estrategia adecuada para la resolución de los problemas de salud en relación a su costo-efectividad.

En síntesis, la estructura organizacional del sistema de salud consolidada históricamente ha dado lugar en la actualidad a un modelo segmentado, con tres sectores actuando bajo escasa o nula coordinación (Maceira, 2001). Por un lado, los sectores más pobres —que trabajan sin relación de dependencia o están desocupados— sólo pueden acceder al subsistema de salud pública (que generalmente se ocupa de prevención, enfermos crónicos, infecto-contagiosos, servicios de urgencia y atención básica) (Cetrángolo y Devoto, 2003). Por otro lado, los autónomos con mayores ingresos y los rentistas que tienen la posibilidad de “comprar” la atención de la salud en el sistema privado —sistema que no se desarrolló en este trabajo, por razones de espacio y pertinencia—. Y, por último, la población cubierta con la seguridad social con disímiles grados y calidad de cobertura.

Las reformas del sector salud mencionadas coexistieron con estrategias tendientes a la institucionalización de la salud sexual y reproductiva, como la creación de programas integrales en salud reproductiva en niveles provinciales, y la sanción de una ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Gogna et al, 2004). La inclusión de estas legislaciones específicas fue promovida por organizaciones no gubernamentales y diversos movimientos sociales que trabajaron en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Esta temática se aborda más adelante.

### **El financiamiento del sistema de salud**

Retomando y sintetizando lo descrito en el apartado anterior, la provisión de salud en la Argentina actualmente está cubierta por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Esa división obedece al modo en que cada sector obtiene los recursos, al grupo poblacional que cubre, y a los servicios que presta. El subsector privado tiene dos vertientes: la medicina prepaga, y las mutuales y cooperativas sin fines de lucro. El subsector público está dividido por las jurisdicciones nacional, provincial y municipal.

Así, “[...] en virtud de esta organización, el sistema sanitario argentino presenta un desafío desde la perspectiva de diseño de políticas sanitarias, en tanto requiere coordinar y homogeneizar adecuados mecanismos de cobertura de riesgos que permitan financiar paquetes homogéneos de servicios para toda la población del país, independientemente de su lugar de residencia y su nivel de ingreso” (Maceira, 2010:1).

En lo que respecta estrictamente al financiamiento, si bien “[...] la distinción entre ellos pareciera clara y bien definida, la amplia heterogeneidad existente hacia el interior de cada uno y la fragmentación de las instituciones que componen cada grupo, constituye un complejo entramado de acciones e incentivos no necesariamente resultantes de una estrategia coordinada de salud” (Maceira, 2008a:3). No sólo hay falta de coordinación entre los sistemas, sino también dentro de cada subsistema entre los diferentes niveles (nacional, provincial y municipal, en el público) y entre las organizaciones de la seguridad social.

El sistema de aseguramiento social cubre el 94% de la población, si se consideran las instalaciones dependientes de los Ministerios de Salud Nacional y provinciales y las Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales y el Programa de Asistencia Médica Integral para Jubilados y Pensionados de la Argentina (PAMI) (Maceira, 2008).

Las Obras Sociales Nacionales se definen por actividad productiva, son aproximadamente 250 y se financian por medio de impuesto al salario, con un aporte del 3% del empleado y del 6% del empleador. Estas obras sociales son gestionadas por los sindicatos.

Las Obras Sociales Provinciales brindan cobertura de salud a los empleados de administraciones públicas provinciales y se financian con sus contribuciones y el aporte de la provincia (en su función de empleador). Son 24 instituciones públicas que dependen de cada gobierno provincial.

El PAMI brinda cobertura a la población jubilada y pensionada y tiene varias fuentes de financiamiento, entre las que se destacan los aportes de trabajadores en actividad, los aportes de pasivos, y las contribuciones del Tesoro Nacional.

Como las obras sociales se organizaban por rama de actividad, dando lugar a una fuerte heterogeneidad en cuanto a la capacidad y sustentabilidad financiera, se diseñó un Fondo Solidario de Redistribución (FSR) (leyes 23660/89 y 23661/89) con el propósito de que compensara recursos de obras sociales con superávit, hacia otras con menor capacidad económica; que redistribuyera a favor de aquellas con población más necesitada de atención; y financiara programas dirigidos a grupos vulnerables. El FSR se utilizaría también para cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita del PMO, asegurando así la solidaridad del sistema y una cobertura mínima (Maceira, 2001). Para esto, el Fondo debe recibir “[...] el 10% de la recaudación obtenida por las obras sociales por aportes y contribuciones sobre el salario” y otras contribuciones especiales (Cetrángolo y Devoto, 2003:11). Si bien esquemáticamente este sistema parece tener carácter redistributivo, se debe considerar que los subsidios otorgados por el Fondo de Redistribución no fueron dirigidos siempre a las obras sociales más necesitadas; por lo general, las más poderosas se beneficiaron con ellos debido a la corrupción y las restricciones institucionales de la organización sindical (Cetrángolo y Devoto, 2003).

Por su parte, en el subsector público, los establecimientos de salud y los profesionales dependen de la autoridad provincial, y el financiamiento es mayoritariamente vía impuestos y tasas provinciales, y fondos coparticipables. El Ministerio Nacional “dispone de aproximadamente el 16% de los recursos públicos destinados a salud”, que se utilizan en programas focalizados (vacunación, medicamentos, antirretrovirales) dirigidos a las instituciones prestadoras de salud —hospitales y centros de atención primaria— de



propiedad y gestión provincial o municipal (Maceira, 2010:10). En última instancia, los gobiernos municipales tienen a su cargo la ejecución de los programas y la administración de los servicios de su órbita (Cetrángolo y Devoto, 2003).

En este escenario, el esquema de aporte establece que el 20% del gasto corresponde al Estado nacional, el 60% a las provincias, y lo restante a los municipios. Los rangos de inversión provincial en salud per cápita reflejan claramente la inequidad: mientras que Neuquén gasta \$360,47, Corrientes gasta \$46,28 (Maceira, 2008:75). Por lo tanto, la estructura se refleja en un diferencial acceso a los servicios de salud dadas las desigualdades regionales en lo que a indicadores sociales y económicos refiere: aquellas provincias con capacidad financiera brindarán más y mejor atención.

A esta situación se debe agregar que el mecanismo de cobertura suele no coincidir con la posterior utilización del servicio, generándose otra consecuencia negativa en el financiamiento ya que hay individuos que aportan a un fondo, pero utilizan otro. La falta de coordinación y de eficiencia se evidencia en la dificultad de facturar y cobrar los servicios brindados a individuos con otro tipo de cobertura (Maceira, 2008). El sector público es el más desfavorecido en estas circunstancias: más del 40% de las personas que aportan a una obra social consultan por primera vez en el sector público, situación que, ante los persistentes problemas de recursos que afectan al sistema público, perjudica a la población de menores recursos, que sólo puede concurrir a esos servicios.

De modo tal, si no existen transferencias entre sectores, se corre el riesgo de generar un sistema de salud dual, donde el sector público cuenta con menos recursos y recibe a los pacientes más “costosos”, en tanto el seguro de salud “descrema” al mercado, capturando a los grupos de mayores ingresos (Maceira, 2001).

Además, la salud pública mantiene un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria y curativa, destinando la mayoría de los recursos al nivel secundario (patologías que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Esta asignación presupuestaria y de prioridades, sumada a la ausencia de coordinación, va en desmedro de la APS, que es la entrada al sistema de atención médica y es más equitativa.

Las desigualdades regionales en el financiamiento, los subsidios cruzados producto del aporte en un sistema y el uso de otro, y la mayor asignación presupuestaria al segundo y tercer nivel de atención son cuestiones centrales del financiamiento del sistema, aún no resueltas, que se trasladan a los indicadores de resultados.

Por último, a nivel local, cabe destacar que el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires divide los barrios porteños en áreas programáticas, con un hospital cabecera y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de influencia. Se denomina “Área programática” a una zona geográfica y epidemiológico-social bajo la responsabilidad de un hospital, para que éste realice en ella acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

Este esquema de funcionamiento “[...] representa un desafío de política pública, debido a la disparidad en ingresos, educación y acceso a servicios de la población residente en cada una de sus unidades territoriales” (Maceira, 2008b:8), a lo que se agregan los usuarios no residentes en la Ciudad de Buenos Aires, principalmente en los hospitales. Además, los centros de salud, por su escasa capacidad de resolución diagnóstica (al no contar con laboratorio, ecografías, radiografías, etc.), suelen depender del hospital de referencia; y es escasa la articulación —en muchas ocasiones— entre el centro de salud y el hospital, incrementando estas situaciones las disparidades antes mencionadas.

## **Salud y derechos sexuales y reproductivos**

La definición de los derechos sexuales y reproductivos se enmarca en las definiciones de los derechos humanos y la salud reproductiva. Los primeros constituyen el marco general en el cual se construye la noción de derechos sexuales y reproductivos, que reconocen la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y su capacidad reproductiva. El enfoque de derechos humanos se define como “[...] un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro del desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia del desarrollo” (OACDH, 2006:22 en Pautassi, 2010:33).

Por su parte, la salud reproductiva de acuerdo a la definición de la ONU (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994) es un “[...] estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.” La salud sexual y reproductiva impacta en el desarrollo personal, en la calidad de vida, y en las oportunidades de las mujeres.

En este sentido, tanto el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva como la calidad de atención de ellos adquieren un papel fundamental para la prevención, atención y empoderamiento de las mujeres sobre sus cuerpos. La atención de la salud sexual y reproductiva incluye mejorar la atención prenatal, durante el parto, el posparto y del recién nacido; brindar servicios de planificación familiar de calidad, incluyendo servicios de reproducción asistida; eliminar el aborto inseguro; combatir las ITS, incluyendo el VIH y las infecciones del tracto reproductivo, el cáncer de cuello uterino y otras morbilidades ginecológicas; y promover la salud sexual (The Lancet, 2007).

Teniendo en cuenta estas definiciones, los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos “[...] a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” (ONU, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994).

Los derechos sexuales, más recientes en definición y circulación en el debate, son vinculados a la formulación del concepto de autodeterminación sexual y las luchas políticas contra la discriminación desarrolladas por las comunidades gays y lésbicas (Corrêa, 1997).

Los derechos sexuales y reproductivos reconocen, por lo tanto, la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y su capacidad reproductiva, pero presuponen condiciones económicas, sociales y culturales que posibiliten su pleno ejercicio, que no siempre están garantizadas.

Estos derechos implican, además, una serie de responsabilidades para individuos, parejas, investigadores, médicos, administradores de los sistemas de salud, académicos, líderes religiosos, donantes, que incluyen: “[...] 1) la promoción de estándares de atención basados en evidencia científica; 2) la necesidad de detener el reclutamiento de profesionales de la salud en países en desarrollo para llevarlos a los países ricos, 3) la educación de abogados, profesionales de la salud y líderes religiosos en temas de Salud Sexual y Reproductiva, 4) la eliminación de las barreras conservadoras en el financiamiento para la Salud Sexual y

Reproductiva, y 5) la promoción del desarrollo de capacidades, especialmente a nivel comunitario” (The Lancet, 2007).

Desde mitad de siglo pasado, y con mayor énfasis a partir de los años setenta, se llevaron a cabo una serie de conferencias internacionales que asentaron estos derechos en sus documentos finales, y contribuyeron a su definición y a posicionar la cuestión en la agenda mundial, además de bregar por su cumplimiento. Los tratados internacionales adquirieron rango constitucional en nuestro país, en la reforma constitucional de 1994; entendiéndose como complementarios de los derechos y garantías de la Constitución. Por tanto, no pueden abordarse los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país sin referirse al contexto internacional y a la influencia de las conferencias internacionales en la colocación del tema en agenda, sobre la articulación de los movimientos locales con agendas y movimientos internacionales y sobre el derecho internacional.

Es importante, además, destacarlas debido a que durante esas conferencias se organiza y se moviliza uno de los actores más importantes: mujeres de todo el mundo desarrollan estrategias orientadas a garantizar la inclusión de los intereses y los derechos de las mujeres de todos los países en sus programas y plataformas de acción. Los acuerdos, protocolos y pactos serán recursos importantes a la hora de buscar legitimidad de la cuestión, tanto ante los tomadores de decisiones como frente a la sociedad civil.

Se desarrolla cronológicamente una breve reseña de dichas conferencias:<sup>10</sup>

*I Conferencia Mundial de Población, Roma, 1954:* de carácter académico, esta Conferencia organizada por las Naciones Unidas, tuvo por objetivo intercambiar información científica sobre variables demográficas, sus determinantes y sus consecuencias.

*II Conferencia Mundial de Población, Belgrado, 1965:* En este encuentro se enfatizó en el análisis de la fecundidad como parte de una política para la planificación del desarrollo.

*III Conferencia Mundial de Población, Bucarest, 1974:* La dicotomía entre desarrollo y contracepción estuvo guiada por una perspectiva demográfica de la población bajo el supuesto de que la distribución de anticonceptivos produciría la transición demográfica y lograría el desarrollo (postura de los países desarrollados), que fue confrontada por los representantes de países para quienes el desarrollo era el mayor contraceptivo.

*I Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, México, 1975:* Se iniciaron esfuerzos para promover el avance de las mujeres a partir de la igualdad plena de género y la eliminación de la discriminación por ese motivo; la integración y la plena participación de las mujeres en el desarrollo; y la contribución cada vez mayor de las mujeres al fortalecimiento de la paz mundial.

*Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, USSR, 1978:* Se realizó un llamamiento para una acción nacional e internacional urgente y efectiva a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria, particularmente en los países en vías de desarrollo.

*II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Copenhague, 1980:* Se interpretó la igualdad como igualdad jurídica, en cuanto a los derechos, las responsabilidades y las oportunidades para la participación de las mujeres como

---

<sup>10</sup> . Para el desarrollo de esta cronología se siguió la tesis doctoral de Mónica Petracci “La opinión pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, 1991-2006” (2007, Buenos Aires).

beneficiarias y agentes activas en el proceso de desarrollo. Se reconoció que estaban comenzando a surgir señales de disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de las mujeres para ejercer esos derechos, y se establecieron tres esferas —la igualdad de acceso a la educación; las oportunidades de empleo; y los servicios de atención de la salud— sobre las cuales adoptar medidas concretas.

*III Conferencia Mundial de Población, México, 1984:* Los derechos humanos individuales y familiares, las condiciones de salud y bienestar, el empleo, la educación, entre otros, fueron temas relevantes dentro de la Declaración suscrita por la Conferencia. Se dio impulso a la cooperación internacional y a la búsqueda de mayor eficacia en la toma de decisiones políticas sobre población.

*III Conferencia Internacional sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Nairobi, 1985:* Tuvo por objeto el examen y la evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz.

*Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993:* Se declaró que los derechos de las mujeres constituían derechos humanos. Quedó reafirmada la declaración de 1948, según la cual los derechos humanos son universales e inseparables.

*Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994:* El nuevo Programa de Acción enfatizó la relación entre la población y el desarrollo en el marco de los derechos humanos, en lugar del logro de metas demográficas de conferencias anteriores. Se elaboró un marco integral para abordar los derechos y la salud reproductiva. Se señaló por primera vez que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos de consenso”. Esto es, a la salud reproductiva se le dio un abordaje de derecho a partir de un concepto como el de derechos reproductivos, formado por derechos reconocidos como humanos.

En las bases propuestas en el documento, se menciona como medida de prioridad invertir en acciones que tiendan al aprovechamiento de los recursos humanos, con la ejecución de programas que —entre otros aspectos— se focalicen en los servicios de salud y salud reproductiva de gran calidad. (3.17)

En el capítulo dedicado a derechos y salud reproductiva (VII), se señala que los programas de planificación de la familia “[...] dan mejor resultado cuando forman parte de programas más amplios de salud reproductiva —o están vinculados a estos— que se ocupan de necesidades estrechamente relacionadas y cuando las mujeres participan plenamente en el diseño, la prestación, la gestión y la evaluación de los servicios” (7.13).

Entre los objetivos de ese capítulo, se incluye: “Poner servicios de planificación de la familia de buena calidad y aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesiten y desean, manteniendo su carácter confidencial” y “mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento, información, educación y comunicación en materia de planificación de la familia”. Si bien no se menciona calidad de atención, aparece en reiteradas oportunidades en el informe de la Conferencia la mención a servicios de calidad. Se recomienda además, la evaluación de los servicios para asegurar el mejoramiento constante de la calidad (7.17).

*IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Beijing, 1995:* Hasta entonces, las Conferencias Mundiales de la Mujer fueron encuentros de las mujeres, o encuentros para tratar las cuestiones que afectaban a las mujeres. Esta

Conferencia trasladó el foco de atención de las mujeres al concepto de género, reconociendo que toda la estructura de la sociedad, y todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura, tenían que ser reevaluadas. Además, la comunidad internacional reconoció la existencia de derechos sexuales, aunque tampoco se empleó el término exacto. La Plataforma de Acción de Beijing declaró, en el párrafo 96: “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual” (Plataforma de Acción de Beijing).

Ese párrafo es considerado el inicio de una definición de derechos sexuales, aunque no use el término y se limite a una definición negativa de los derechos, es decir, a una defensa contra las coacciones y violaciones. Además, habla de relaciones entre hombres y mujeres sin tomar en cuenta las identidades y las prácticas sexuales no heterosexuales (Petracci y Pecheny, 2007).

En la Plataforma también se enuncia que “[...] La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva” (Plataforma de Acción de Beijing:42).

Se menciona, entre los aspectos de la calidad de atención deficientes, que no se trata a la mujer con respeto, no se le garantiza la privacidad y la confidencialidad, ni se le ofrece información completa sobre las opciones y los servicios a su alcance. Uno de los objetivos estratégicos de esta conferencia es “Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad” (Objetivo C.1).

*Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000:* Los ODM representan una asociación global que ha surgido de los compromisos y metas establecidas en las cumbres mundiales anteriores. Como respuesta a los desafíos de desarrollo, y a la voz de la sociedad civil, los ODM promueven la reducción de la pobreza, educación, salud materna, equidad de género, y apuntan a combatir la mortalidad infantil, el VIH/SIDA y otras enfermedades. Con meta al 2015, los países pobres se han comprometido a gobernar mejor e invertir en sus poblaciones con salud y educación. Los países ricos se han comprometido a apoyarlos a través de la asistencia, alivio de la deuda, y a través de un sistema comercial más justo. Junto con los compromisos asumidos en Alma Ata y en Ottawa, los ODM delinearon las bases para el fortalecimiento de la APS.

*Beijing + 5, Nueva York, 2000 y Beijing + 10, Nueva York, 2005:* Defensoras y activistas feministas de más de 1.000 organizaciones no gubernamentales se reunieron con delegados gubernamentales de 148 países para revisar el avance logrado desde 1995, y para acordar la adopción de nuevas medidas necesarias para acelerar la ejecución de la Declaración de Beijing y su Plataforma de Acción.

*Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo “Derechos, Hechos y Realidades: fortaleciendo la Atención Primaria y los sistemas de salud para alcanzar*

*los objetivos del milenio”, Ciudad de Buenos Aires, 2007:* El propósito fue reflexionar sobre lecciones aprendidas e intercambiar experiencias sobre implementación de Atención Primaria, como el modelo más apropiado para garantizar la equidad en el acceso a la salud. Se suman a este reto aquellos relacionados al envejecimiento de la población, la urbanización acelerada y desordenada, los cambios en estilos de vida, el deterioro ambiental y otros determinantes del proceso salud- enfermedad.

*III Conferencia Internacional: Mujer, Género y derecho, Cuba 2010:* Representantes de los países discutieron los impactos de la última crisis económica global sobre los derechos de las mujeres. Derechos Humanos, diversidad cultural e igualdad entre los géneros, Impacto real y práctico de la CEDAW en las legislaciones y políticas nacionales, Violencia de género desde la perspectiva jurídica, Legislación, políticas públicas y seguridad ciudadana, Salud, medio ambiente y Género, Impacto de los estudios multidisciplinarios con enfoque de género en el sector jurídico fueron algunos de los temas debatidos.

Así, los derechos sexuales y reproductivos comenzaron a cobrar relevancia, a difundirse, las organizaciones intercambiaron experiencias y estrategias. Los documentos elaborados fueron un recurso importante a la hora de demandar ante las autoridades estatales el cumplimiento de los derechos y la inclusión de ellos en las legislaciones nacionales. Su aplicación en el marco del contacto entre las mujeres y los servicios de salud implicaría garantizar el derecho a recibir un trato cordial y respetuoso de todas las personas que la atiendan, y ser atendida en lugares adecuados y cómodos; recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo; recibir respeto por su cuerpo, su intimidad, su historia personal, su tiempo y sus decisiones; y recibir información en lenguaje sencillo y claro que responda a sus necesidades y dudas (UNICEF, 2002).

### **Los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina**

Para comprender mejor la influencia en el ámbito local de este desarrollo en el plano internacional se describirá brevemente el desarrollo histórico de las políticas referidas a salud reproductiva.

El (no) control de la población no es cuestión ajena a los gobiernos. Las concepciones acerca de la población se relacionan con el proyecto de país, el modelo de desarrollo y el proceso productivo de cada periodo histórico (Zurutuza, 1998:50). Siguiendo esta línea, en esta sección se describen brevemente algunas medidas o políticas de población en relación a su contexto de aplicación.

Según Torrado, el año 1930 representa en la Argentina una bisagra en el proyecto de país, la crisis internacional separa dos etapas “[...] de muy distinta naturaleza: la primera, caracterizada por la prolongada vigencia de una estrategia de desarrollo basada en el sector agroexportador; la segunda, asentada en la industrialización sustitutiva para el mercado interno” (Torrado, 1993:45). En este contexto, la tendencia de la natalidad fue una de las problemáticas centrales de las agendas de gobierno. Entre 1934 y 1937, se dictan leyes dirigidas a proteger la maternidad. El interés en la temática se plasma institucionalmente en la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia, en el Departamento Nacional de Higiene, en el año 1937 (Torrado, 1993).

Hacia 1940, se cristalizan las ideas de fomento a la fecundidad en el marco del Primer Congreso de Población, cuyas conclusiones evidenciaron el rol del Estado en el control de la cada vez más baja tasa de natalidad.

Durante los primeros años del justicialismo (1947-1951), se continúa con la política de fomento a la natalidad (Zurutuza, 1998). Según Biernat (2007:78) ese fomento fue abordado “[...] a través de campañas nacionales, de protección de la mujer embarazada, de la severa

represión del aborto, de subsidios a la natalidad, la concesión de posibilidades prioritarias de empleo a padres de familia, de la disminución de impuestos a la familia numerosa, del fomento a la posesión de la vivienda propia y de recaudos sanitarios”.

También se enfatizó el incremento de la nupcialidad y la disminución de la mortalidad, principalmente la infantil. La primera, “[...] a través de estímulos de carácter social, como el reconocimiento de la indisolubilidad del matrimonio y el otorgamiento de validez al matrimonio religioso, y otros de carácter económico como los subsidios y préstamos por casamiento, el incremento del salario familiar y la entrega de viviendas preferentemente a personas que se encuentran legalmente casadas” (Biernat, 2007:78). La disminución de la mortalidad infantil tanto a través de medidas preventivas como curativas.

Los gobiernos que suceden —entre 1955 y 1969— no sostienen ideas precisas, o al menos no aparecen en leyes o políticas, acerca de la cuestión de la población. Posteriormente, diferentes sectores lograrán consensuar bajo la llamada “Doctrina de Seguridad Nacional”, basada en concepciones geopolíticas de poder, y en la cual se enmarca el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad puesto en práctica entre 1971 y 1975. El plan establece que “[...] se desea encarar un programa de crecimiento demográfico a fin de dotar al país de una población más numerosa, estable y regionalmente equilibrada, prestando particular atención a las áreas rezagadas y fronterizas, mediante, entre otros, el aumento de la natalidad y la familia numerosa” (Torrado, 1993:273).

El desarrollo de políticas pronatalistas se profundiza en la década de 1970, tal como lo pone de manifiesto el decreto 659 de 1974 que prohibía cualquier tipo de actividad destinada al control de la natalidad, restringiendo la venta de anticonceptivos, a la vez que se realizó una campaña de educación sanitaria destacando los “riesgos de la anticoncepción”.

En 1977, el gobierno militar promulga el decreto 3938, por el cual se crea la Comisión Nacional de Política Demográfica (CONAPODE) en la que se afirmaba la “necesidad de eliminar las actividades del control de la natalidad” e “incentivar la protección de la familia”.

Dicho marco legal se derogó con el decreto 2298/86<sup>11</sup>, en el régimen democrático, y se creó la Comisión Nacional de Políticas Familiares y de Población. Se reconocía “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos”, se promovieron acciones para mejorar la salud de madres y niños, y se señaló la importancia de la difusión y asesoramiento en materia de anticoncepción. Las políticas públicas hasta entonces tendieron a focalizarse en el “binomio madre-hijo”, y, según Checa y Erbaro (1997), privilegiando a un término del binomio, el último, en detrimento del otro, el primero.

Además de la derogación de dicho decreto, y en un contexto de apertura democrática, es importante mencionar la ley 23515, de modificación del Código Civil, que permite el divorcio vincular, sancionada en el año 1987. En el mismo año, la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires puso en marcha el Programa de Procreación Responsable, conocido como PPR, siendo uno de los programas pioneros.

Otra referencia importante en esta época es la mencionada reforma de la Constitución Nacional de 1994, que reconoció la jerarquía constitucional de los tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). En lo que refiere a la salud reproductiva, la CEDAW señala que los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (Art. 12).

---

<sup>11</sup> . El decreto de 1977 fue derogado en su totalidad por el decreto N° 1033 del año 1992.

En 1995, la Cámara de Diputados dio media sanción a un proyecto de ley por el cual se creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable. No obstante, el proyecto perdió estado parlamentario a fines de 1997, dado que la Cámara de Senadores no lo trató en los plazos previstos (Gogna et al, 1998). La aprobación por ambas cámaras y, por tanto, la sanción de la ley se logró siete años después. En 2001, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a la ley que crearía el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, y en octubre de 2002 fue aprobada por la Cámara de Senadores, y se sancionó la ley 25.673 y el decreto 1.282/03 que la reglamenta.

Es destacable que el texto del programa fue elaborado por el equipo de especialistas del Área Materno Infantil dependiente de la Secretaría de Programas Sanitarios, y fue consensuado con entidades médicas como la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, y la Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva, además de ONG de mujeres (ADEUEM, FEIM, Foro por los Derechos Reproductivos, ISPM y Mujeres en Igualdad), investigadoras en temas de salud de la mujer (CEDES, CENEP y CONICET), asesores de legisladores nacionales, y la Adjuntía de Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (CELS/ Informe, 2002-2003; Petracci, 2004).

Los objetivos son: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable (ley 25.673).

En palabras del ex Ministro de Salud y Ambiente de la Nación —Ginés González García— el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable “[...] constituyó un hito fundamental en relación con las políticas públicas destinadas a la atención de la salud en la Argentina. Es la primera vez que desde el Estado Nacional se expresa claramente la voluntad de implementar acciones relevantes en este campo” (Gogna et al, 2005: prólogo).

Cabe destacar —además de la respuesta del Estado nacional— la de los diferentes Estados provinciales dado el sistema de gobierno federal de nuestro país. Las provincias sancionaron sus propias leyes y programas, antes y después de la ley nacional, o adhirieron a la ley nacional de acuerdo al resultado de las discusiones que se dieron en las respectivas legislaturas.

Antes de la sanción de la ley nacional en 2002, catorce provincias habían sancionado sus leyes: La Pampa (1991); Córdoba (1996, ley que fue vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo con el argumento de una deficiente técnica legislativa, luego fue derogada y se sancionó una nueva ley en 2003); Mendoza (1996); Corrientes (1996); Chaco (1996); Río Negro (1996, norma sustituida en el año 2000 por la ley 3450); Neuquén (1997); Jujuy y Chubut (1999); Ciudad de Buenos Aires (2000); Tierra del Fuego (2001); La Rioja (2000, la ley tuvo veto parcial del Poder Ejecutivo y fue derogada en 2003, adhiere a la ley nacional en 2002); Santa Fe (2001) y San Luis (2002). Cinco provincias lo hicieron después de 2002: Buenos Aires (2003, ley parcialmente observada por el Poder Ejecutivo a través del decreto 938/03, se promulga luego por decreto 536/04); Entre Ríos y Santa Cruz (2003); Salta (2004); y Santiago del Estero (2005, adhesión a ley nacional) (Petracci, 2004).



La provincia de Misiones sancionó la ley 4494/09 de adhesión a la ley nacional. La provincia de Formosa sancionó la ley 1230 de Educación Sexual y Control de Adicciones, y la provincia de Catamarca no sancionó leyes sobre salud reproductiva. Tampoco existe legislación sobre el tema en las provincias de San Juan y Tucumán, las que sí sancionaron la ley del Día del Niño por Nacer.

Esta descripción confirma que “[...] el impulso más contundente para la sanción de leyes provinciales provino de la Reforma constitucional de 1994” (Petracci y Pecheny 2007:108).

En su mayoría, esas leyes crean programas o servicios de asesoramiento, atención y provisión de métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer génito-mamario y enfermedades de transmisión sexual, y sólo en algunos casos se establecen acciones articuladas con otros sectores como educación o seguridad social. El grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil, debido a que en muchas ocasiones los programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos y actividades de promoción, así como también obstáculos institucionales e ideológicos para llevar adelante acciones de este tipo (CELS/ Informe 2002-2003).

En el caso de la salud sexual y reproductiva, la Nación, por medio del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, cumple un rol no solo normativo, sino también de provisión de insumos (métodos anticonceptivos y material para su colocación, material de capacitación, consejería y difusión). La capacitación específica de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios es otra de las responsabilidades de la Nación.

Las provincias deben adherir al Programa por ley provincial, en caso de que no tengan una ley específica para garantizar su funcionamiento. Entre las atribuciones básicas de las provincias se incluyen el establecimiento de adecuados sistemas de control, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genital y mamario; la implementación de actividades de consejería sobre salud sexual y reproductiva; la prescripción y el suministro de los métodos y elementos anticonceptivos; y el desarrollo de controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

Así, los recursos humanos del Programa, son provistos por las provincias y municipios a través del personal profesional técnico, administrativo y de maestría de los servicios públicos de salud (CoNDeRS, 2005). Los hospitales en los que se brinda la atención, consejería y métodos anticonceptivos son provinciales. Algunos centros de salud o salitas son municipales. Frente a esta fragmentación, la toma de decisiones respecto a los métodos que se entregan o las actividades de difusión puede ser muy heterogénea en las prácticas cotidianas de los centros de salud, ya que son micro situaciones difíciles de controlar.

Además, en el artículo 7 de la ley que da lugar a la creación del Programa, se menciona que las prestaciones del programa fueron incluidas en el PMO, en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico, por lo tanto, se extienden las intervenciones a aquellas mujeres que se atienden en el sistema privado.

Por último, cabe destacar que el artículo 11 de la ley 25.673 establece que la autoridad de aplicación deberá “Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa”, pero no se especifica cómo será la evaluación, y el artículo está sin reglamentar. Similar es la situación de leyes y programas provinciales, se señala que la autoridad de aplicación deberá supervisar, monitorear o evaluar periódicamente, pero no se describen ni las formas ni los plazos de esa evaluación.

## **Las normativas y los programas de salud sexual y reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

El caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es un ejemplo paradigmático de los avances en el campo de la normativa legal, y en las decisiones programáticas relativas a la salud sexual y reproductiva en nuestro país.

Respecto de las leyes y reglamentaciones, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, aprobada en 1996, marcó un notable avance en el reconocimiento explícito de los derechos reproductivos y sexuales incorporando en su texto el reconocimiento de esos derechos como derechos humanos básicos (artículo 37).<sup>12</sup> Incorporó también la obligación por parte del Estado de promover “la maternidad y paternidad responsables”, poniendo para tal fin a disposición de las personas “la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos” (artículo 21.4). En el artículo 38, se manifiesta que la Ciudad incorpora la perspectiva de género en el diseño y ejecución de sus políticas públicas, y elabora participativamente un plan de igualdad entre varones y mujeres (Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, 1996).

A la Constitución la anteceden y suceden un corpus de normativas relacionadas a la temática, entre las que se destacan las siguientes leyes y resoluciones ministeriales:

Ley 114 (publicada el 03/02/99)<sup>13</sup>, de “Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes” que establece la protección de la salud a los efectos de garantizar el disfrute del nivel más alto de salud. Entre las medidas, se menciona desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación al grupo familiar conviviente, la educación en materia de salud sexual y reproductiva, tendientes a prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual (Art. 23.d). No se menciona la calidad de atención en los servicios.

Ley 153 (publicada el 28/05/99), “Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires”, explicita que tiene por objeto “[...] garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin” (artículo 1). Establece, además, que la ley rige en el territorio de la ciudad alcanzando a todas las personas, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Los derechos de las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención enunciados en esa ley incluyen: a) El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural; b) La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden; c) **La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud- enfermedad**; d) El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso; e) Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba; f) Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad; g) Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud; g) Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos; h) **Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas**; i) Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación; j) Internación conjunta madre-niño; k) En el caso de

<sup>12</sup>. Artículo 37: Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y de hijas y el intervalo entre sus nacimientos. Se garantiza la igualdad de derechos y responsabilidades de mujeres y varones como progenitores y se promueve la protección integral de la familia.

<sup>13</sup>. Las fechas de publicación mencionadas en este apartado corresponden al Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires.

enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento; l) Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores; m) **Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen**; y n) En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores (artículo 4)<sup>14</sup>.

La calidad de atención no está mencionada en la enumeración de los derechos. Se menciona en el capítulo 3 —Autoridad de aplicación y Consejo General de Salud, Título II Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires—, entre las funciones de la autoridad de aplicación: “La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores” (artículo 12, Inciso j).

En el Título III del mismo capítulo, referido al subsector estatal de salud, se señala entre los objetivos “Asegurar la calidad de la atención en los servicios” (Capítulo I, Inciso g). Y más adelante, hace referencia a la articulación de niveles que permita atención integrada y de calidad: “[...] La autoridad de aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas” (artículo 17).

Por último, en lo relativo a las funciones de regulación y fiscalización (Título IV), se menciona que los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes (artículo 42); al igual que los prestadores de la seguridad social (artículo 44).

Ley 418 (publicada el 21/07/00), de “Salud Reproductiva y Procreación Responsable”, cuyos objetivos generales son “garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos; garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio; y disminuir la morbimortalidad materna e infantil” (artículo 3). En su artículo 4 describe los catorce objetivos específicos, entre los que se destacan: a) Prevenir mediante educación e información los abortos provocados; b) Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción; c) Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección; d) Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable; e) Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada. [...]; h) Garantizar la existencia en los distintos servicios y centros de salud, de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género. [...]; m) Contribuir a la prevención del embarazo no deseado; n) Promover la reflexión conjunta entre adolescentes y padres sobre la salud reproductiva y la procreación responsable, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. No se menciona la calidad de atención en el cuerpo de la legislación.

Refiere a la evaluación en el artículo 7, el cual garantiza la “Implementación de un sistema de información y registro y de mecanismos de seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones establecidas en la presente Ley con estadísticas por sexo y edad” y la

---

<sup>14</sup> . El destaque en negrita me pertenece.

“evaluación periódica de las prestaciones” (artículo 7.g y h). La ley 439/00 introduce modificaciones en los artículos 7 y 8 referidos a los métodos anticonceptivos a prescribir.

Resolución 874 (publicada el 02/05/03), de “Anticoncepción quirúrgica”, que aprueba el procedimiento de atención profesional frente a las solicitudes de ligaduras tubarias por parte de los pacientes que se atienden en los efectores del sistema de salud. No se menciona la calidad de atención de los servicios que la practiquen.

Ley 2110 (publicada el 20/11/06), de “Educación Sexual Integral”, que establece la enseñanza de educación sexual integral en todos los niveles obligatorios y en todas las modalidades del sistema educativo público, de gestión estatal y de gestión privada, y en todas las carreras de formación docente, dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (artículo 1).

Ley 2931 (publicada el 06/01/09), de “Distribución gratuita y masiva de profilácticos en lugares de esparcimiento nocturno”, establece, como su nombre lo indica, la distribución gratuita de preservativos en lugares de diversión nocturnos. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través del Programa de Salud Sexual y Reproductiva actualmente vigente, en forma conjunta con el programa “Coordinación Sida”.

Ley 3091 (publicada el 13/10/09) instituye la “Semana de Prevención del embarazo adolescente no planificado” y el 26 de septiembre de cada año como “Día de la Prevención del embarazo adolescente no planificado”, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fecha en que se llevarán a cabo una serie de actividades preventivo-educativas.

Por último, respecto de las cuestiones programáticas, en 1987, la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires puso en marcha el Programa de Procreación Responsable (conocido como PPR), el cual “[...] se basaba en el reconocimiento del derecho de las personas a decidir sobre sus pautas reproductivas y en el deber del Estado de posibilitar los medios para ejercer ese derecho” (Cuadernos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, 2006:17).

A partir de la sanción de la ley 418, cambia el enfoque del PPR, desde ese momento alineado con el de los derechos sexuales y reproductivos; y en 2001 —adoptando el nombre de la ley— pasa a denominarse Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En 2006, se denomina Programa de Salud Sexual y Reproductiva, nombre que se mantiene hasta la actualidad.

En lo que respecta al financiamiento del Programa, la ordenanza 47731 de 1994 decretó que el primer millón de pesos recaudado en el bingo correspondería al Programa de Procreación Responsable, con destino a la adquisición de bienes y servicios no personales. Es de los pocos programas de la Ciudad que cuenta con presupuesto propio (Decreto 1772/92), que es administrado por el Ministerio de Salud de la Ciudad (Cuadernos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, 2006). Además, recibe partidas de métodos anticonceptivos provenientes del Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley nacional 25.673).

La asignación presupuestaria vía la recaudación en el bingo generó problemas en el financiamiento, porque en el momento en que se estableció esa cláusula se trataba de un millón de dólares, pero a pesar de la caída de la convertibilidad y de la inflación no se aumentó esa partida. “En lugar de ser un piso —como pensaron las legisladoras que en su momento impulsaron la norma— se convirtió en un techo” (*Página12*, 12/12/08). Esto

significa, que en la actualidad el monto destinado al Programa es de 250.000 dólares,<sup>15</sup> cuatro veces menos que en el inicio.

Cabe aclarar —para una comprensión general y antes de detallar el funcionamiento de este programa— que la red asistencial pública de la Ciudad depende de la Secretaría de Salud y funciona sobre la estrategia de Atención Primaria de la Salud, concibiendo integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención a través de la asistencia, la prevención, la promoción y la rehabilitación. En cuanto al funcionamiento de esa estructura organizativa, en cada establecimiento se elevan informes a los hospitales de referencia consolidando egresos, insumos y consultas. En base a ellos, cada hospital envía a la Dirección de Estadísticas los registros de información para su procesamiento y análisis.

Por su parte, los efectores del Programa de Salud Sexual y Reproductiva envían a la Coordinación la solicitud de insumos. La Coordinación solicita a la Secretaría de Salud los insumos requeridos en los diferentes centros de atención, y es dicha Secretaría la que administra el presupuesto y realiza las compras a través de licitación pública.

La presentación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, en el portal de internet del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires<sup>16</sup>, señala que tiene “como principal objetivo facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y reproductiva, y brindar información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado”. Entre las prestaciones ofrecidas por el programa se destacan las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, la información y asesoramiento a hombres y mujeres sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos, y la asistencia y provisión gratuita de MAC con el asesoramiento de profesionales.

Para acceder al programa, los/as usuarios/as pueden acercarse a los diferentes centros asistenciales de la red pública del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires: hospitales, Centros de Salud, Centros Médicos Barriales y Médicos de Cabecera. En la actualidad, el Programa se presta en 22 hospitales (trece hospitales generales, tres hospitales pediátricos, cuatro hospitales mentales, la Maternidad Sardá y el Hospital Muñiz), 41 Centros de Salud y Acción Comunitaria, 37 Centros Médicos Barriales y a través del Programa Médicos de Cabecera.

En los CeSAC, se implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad. Están conformados por equipos interdisciplinarios integrados —dependiendo de cada centro— por médicos generalistas, pediatras, ginecólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y obstétricas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, sociólogos y odontólogos. En los Centros Médicos Barriales, equipos de médicos, pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos realizan controles de salud, tratamiento de las enfermedades frecuentes, y actividades de prevención y promoción de la salud. Cuentan, además, con trabajadores sociales que relacionan a los vecinos con el Sistema de Salud de la Ciudad. Por último, el Plan Médico de Cabecera es un servicio dirigido a todas las personas de la Ciudad de Buenos Aires sin cobertura de salud, brindando atención de clínica médica, pediatría, odontología, ginecología y enfermería en consultorios particulares.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva también desarrolla actividades de capacitación, dirigidas a profesionales de las diversas disciplinas que trabajan en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, cuyos objetivos son: “[...] sostener un espacio de capacitación permanente y de debate sobre temas propios del quehacer del

---

<sup>15</sup> . Número estimativo de acuerdo a la cotización actual del dólar.

<sup>16</sup> . Los párrafos que siguen se basan en la información del portal del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en el sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: [www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a\\_primaria/programas/s\\_sexual/presentacion.php](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/programas/s_sexual/presentacion.php).

profesional que trabaja en Salud Sexual y Reproductiva, desde la perspectiva de género y los derechos; difundir y discutir los avances en las diferentes temáticas de la salud sexual y reproductiva, tanto en cuestiones clínicas como de promoción de la salud sexual y reproductiva, a partir de la evidencia científica relevante y actualizada y de la experiencia de expertos en el abordaje de las temáticas planteadas; y, recrear un ámbito de intercambio entre los miembros de los equipos de salud del sistema, que contribuya a socializar experiencias y desarrollar capacidades para el pensamiento reflexivo que aseguren decisiones eficaces y optimicen la gestión” ([www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar)).

Por razones de espacio no se detallan los demás programas vinculados a las temáticas tratadas, pero cabe mencionar que en la Ciudad de Buenos Aires se brindan servicios a la mujer por medio de la Dirección General de la Mujer (bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social) a través de los siguientes programas: Línea gratuita Mujer (0800-666-8537); Centros Integrales de la Mujer (CIM); Prevención del cáncer ginecológico; Salud mental; Adicciones; VIH/SIDA; Atención a víctimas de delitos contra la integridad sexual, y Servicios descentralizados —esto es que en cada uno de los 16 CGPC, una representante de la Dirección General de la Mujer escucha, orienta e informa a las mujeres de los barrios, y deriva los casos a los diferentes servicios que presta esta Dirección—.

Por último, antes de finalizar este apartado —que sólo pretende describir el Programa—, cabe aclarar que existen demandas del movimiento de mujeres sobre el manejo presupuestario, en las cuales señalan que, hasta fin de diciembre de 2009, del millón de pesos que la gestión porteña tenía que destinar a compra de anticonceptivos sólo había gastado 200.000; y el movimiento de mujeres tuvo que hacer mucha presión para que se permitiera usar los otros 800.000 pesos (*Página 12*, 8/12/10). No es esta evaluación la que se realiza en esta tesis, sino que pretende reflejar información de la situación programática y es un dato difícil de pasar por alto, dado que la situación se repitió en 2010.

A los capítulos teóricos dedicados a la definición de los conceptos que conforman en el marco teórico sustantivo y el marco teórico operativo de la tesis, y a los capítulos dedicados a situar el contexto en el que se enmarca la evaluación de la calidad de atención en salud y derechos sexuales y reproductivos, continúa la tercer parte dedicada a los antecedentes de la investigación sobre calidad de atención.

## ESTADO DEL ARTE Y ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La evaluación de la calidad se efectúa a través de indicadores objetivos (verificación del cumplimiento de estándares, eventos centinelas, etc.) como subjetivos (opiniones y juicios expresados tanto por ciudadanos como por los diversos operadores). Muchos de los trabajos mencionados muestran que la participación de las ciencias sociales y las biomédicas en la generación e interpretación de resultados de investigación es factible y aconsejable (Gogna y Ramos, 2002).

Desde el punto de vista teórico y conceptual, existe una profusa producción de conocimiento sobre calidad de la atención a partir de las dimensiones destacadas por Donabedian (Petracci, 2003): calidad técnica, dimensión interpersonal y el nivel de confort ofrecido, y otros desarrollos teóricos y contextuales posteriores. Los trabajos analizados se sistematizaron en cinco ejes —no exhaustivos— para mejor comprender cada perspectiva:

1. Calidad basada en el criterio médico (procedimientos y formación)
2. Calidad basada en la gestión, planificación y administración
3. Calidad basada en las perspectivas de derechos y género
4. Calidad abordada desde el plano conceptual o teórico
5. Calidad percibida por usuarios

Se detallan los lineamientos y algunas investigaciones realizadas en cada eje.

### ***Calidad basada en el criterio médico***

En lo que refiere a la calidad de la atención médica desde la perspectiva de la formación y los procedimientos, puede decirse que la preocupación por un servicio de calidad no es nueva: “Históricamente, los médicos buscando lo mejor para sus pacientes han venido siendo responsables de la calidad de su trabajo [...] hasta hoy las innumerables publicaciones y comunicaciones a Congresos constituyen el reflejo de una práctica clínica cada vez mejor, asentada en bases científicas y encaminada a la consecución de estándares preestablecidos” (Medrano Heredia, 2002:97).

En ese artículo, referido a la formación de los profesionales ante los retos de la calidad, Medrano Heredia señala que “[...] el profesional sanitario debe ser educado para que acepte el control de calidad y no recele de él” (Medrano Heredia, 2002:98). Este punto es importante ya que en numerosos programas se señala como obstáculo la “resistencia al cambio” de los equipos de salud. La inclusión de la calidad de atención, y de la perspectiva de género y de derechos en las currículas de las carreras de Medicina y demás especialidades, reportaría en una mejora en la calidad de atención de la salud. Esa inclusión, no obstante, debería poder instaurarse al mismo nivel que las demás materias, y no como secundarias, o de menor importancia que las netamente biologicistas. En este sentido, señala Medrano Heredia (2002:104) que “[...] el comportamiento profesional en búsqueda de la atención de calidad puede ser una cuestión de personalidad, pero, desde luego, es también aprensible durante los períodos educativos previos a la Universidad, así como en la propia formación pregraduada y durante el ejercicio profesional”.

En los últimos años, se acrecentó el interés sobre la calidad de la atención médica. Entre los factores que han influido pueden señalarse la revisión de la conducta de los profesionales (ateneos y otras actividades científicas son antecedentes de evaluación); el aumento del interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad (producto del incremento de las competencias profesionales y económicas); el desarrollo de autoevaluación preventiva o anticipada a modo de preservar la actividad profesional (Busso, s/f:2). La calidad en este aspecto implica conocer qué se está haciendo para mejorar los servicios que se prestan. Esto se extiende a otros profesionales que participan del proceso de atención, como

enfermeros, técnicos, administrativos, trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos, y otros integrantes del equipo de salud.

En este eje, encontramos las investigaciones que tienen como metodología la verificación de la conformidad de los servicios, basada en un sistema de estándares o ítems de orientación. Estos se definen a priori de la evaluación y refieren, por lo general, a seguridad de los pacientes, utilización de recursos, procedimientos documentados, disponibles y realizados, y a las investigaciones dedicadas a evaluar a los profesionales desde alguna de las perspectivas mencionadas en el apartado anterior.

La evaluación de historias clínicas, las recorridas de sala y la discusión de casos en ateneo son modalidades de evaluación de calidad internas, vinculadas al funcionamiento institucional, que dan cuenta de la perspectiva de calidad basada en la formación de los profesionales y en los procedimientos a seguir. La Medicina Basada en Evidencia se apoya en estas modalidades, y son numerosos los artículos publicados desde esta perspectiva.

### ***Calidad basada en la gestión, planificación y administración***

Los modelos de acreditación y evaluación de establecimientos son ejemplo de las investigaciones y de la producción teórica realizada en este eje, incluyendo además las modalidades de Garantía de Calidad.

También se incluye la producción teórica vinculada a la descripción de algunos servicios en relación a la presentación de premios a la calidad y el desarrollo de bibliografía —principalmente destinada a capacitación— sobre gestión y planificación de los servicios.

Principalmente en los centros de salud privados, el empeño en lograr estos indicadores o las acreditaciones es producto de la competencia del mercado. Por ejemplo, en el sitio del Hospital Británico ([www.hospitalbritanico.org.ar](http://www.hospitalbritanico.org.ar)) se menciona haber recibido el certificado de garantía de calidad emitido por el ITAES.

El Hospital Alemán dispone en su web de un ciclo de audiovisuales educativos dirigidos a la calidad y seguridad del Paciente, donde se aborda “Cirugía segura” e “Higiene de manos” ([www.hospitalaleman.com.ar](http://www.hospitalaleman.com.ar)).

El sanatorio Güemes refiere al sistema de Gestión de Calidad como “[...] una herramienta para llevar adelante un *Management* orientado a la Calidad, a la Satisfacción del Cliente y demás partes interesadas, mediante el cual se trata de resolver los problemas por medio de acciones correctivas y preventivas, ofreciendo a la Dirección la posibilidad de delegar en el sistema los problemas operativos, de control del sistema de gestión de los servicios y dedicarse al planeamiento estratégico y al control de los resultados” ([www.sanatorioguemes.com](http://www.sanatorioguemes.com)).

El Hospital Italiano, dedica parte de su portal a definir calidad en la atención de la salud —entendida como “[...] la provisión de servicios médicos accesibles, con un nivel profesional óptimo, que logra la adhesión y satisfacción del usuario”—, cómo puede ser medida y la descripción de los principales resultados de medición ([www.hospitalitaliano.org.ar](http://www.hospitalitaliano.org.ar)).

En los sitios web de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, hay escasas referencias a la calidad de atención (tanto de definiciones teóricas, como referidas a la gestión o a mediciones). Sólo en el sitio del Hospital de Clínicas, se puede encontrar la función de la Dirección de Control de Gestión Sanitaria, cuya misión se enuncia como “[...] Gestionar consiste en obtener metas, tratando de anticiparse al futuro cuyo objetivo implica mejorar la calidad de los servicios, dar respuesta a las nuevas demandas asistenciales e incrementar la satisfacción del paciente” ([www.hospitaldeclinicas.uba.ar](http://www.hospitaldeclinicas.uba.ar)).



El Hospital Rivadavia refiere a la creación —en el marco del Programa de Calidad del Ministerio de Salud— de una experiencia piloto para la gestión de reclamos y quejas, que se denominó Sistema de Gestión de Reclamos, Quejas, Sugerencias y Agradecimientos, en setiembre de 2007. No hay información referida al resultado de este proyecto.

### ***Calidad basada en las perspectivas de derechos y género***

La calidad de la atención es un concepto con capacidad para garantizar derechos y construir ciudadanía. “Dicho en otros términos: la calidad de la atención es un derecho que debe ser promovido (debe asegurarse que los ciudadanos y ciudadanas conozcan los derechos que poseen y la forma de hacerlos valer), protegido (el Estado debe establecer las leyes que habiliten los mecanismos para prevenir su violación) y garantizado (el Estado debe tomar todas las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y judiciales para lograr el cumplimiento)” (Petracci, 2007:93).

La producción en este eje contempla los documentos internacionales encargados de sentar las definiciones y el alcance de la noción de salud sexual y reproductiva —que se desarrollaron en el capítulo dedicado al marco contextual— en los que se reconoce que la calidad es indispensable para el buen funcionamiento de los sistemas de prestación de servicios y para la salud de la población.

También se integran en este eje el trabajo, la producción y divulgación de informes y documentos de diversas organizaciones civiles dedicadas a monitorear políticas dedicadas a las mujeres y a abogar por la implementación de un enfoque de género y derechos, y el cumplimiento de pactos y tratados internacionales.

Por último, se destacan los modelos y las investigaciones realizadas para describir la calidad de la atención desde una perspectiva de género y derechos (Petracci, 2007). Un ejemplo en este sentido es el modelo elaborado por Judith Bruce (1998) sobre los servicios de salud reproductiva, que especifica seis elementos para mejorar la calidad de la atención en los programas de planificación familiar: elección entre diversos métodos anticonceptivos; información; conocimiento técnico; relación interpersonal con el proveedor del servicio; seguimiento y continuidad de la atención y adecuada variedad de servicios.

Otros estudios basados en esta perspectiva fueron realizados por la International Planned Parenthood Federation, la Organización Panamericana de la Salud, CoNDeRS y Cedes (Petracci, Ramos y Romero, 2002; Petracci, Ramos y Szulik, 2005).

### ***Calidad abordada desde el plano conceptual o teórico***

En este eje, se encuentra la producción teórica dedicada a definir el concepto de calidad de atención en salud y las dimensiones que lo componen.

Cómo se mencionó antes, Donabedian fue uno de los primeros autores que destacó la relevancia de la calidad de la atención y elaboró una teoría que expandió los límites del paradigma biomédico, basada en la mejora de las condiciones individuales de salud y la aplicación adecuada de la ciencia y tecnología médicas (Petracci, 2007). Gran parte de la bibliografía teórica de calidad analiza el marco y los indicadores elaborados por este autor. Cabe recordar que Donabedian identificó tres dimensiones para medir la calidad de atención: técnica, interpersonal y confort; y centra la evaluación en los desempeños desde tres enfoques: estructura, proceso y resultado.

Los documentos elaborados por la OMS se ubicarían también en este eje, al igual que los de OPS y otros organismos internacionales. También los documentos elaborados por asociaciones científicas y organizaciones no gubernamentales (ITAES, SACAS, etc.).

El abordaje de la calidad desde múltiples disciplinas permitió el desarrollo de bibliografía que define la calidad desde su propia perspectiva, desde el campo industrial hasta el marketing. Los artículos dedicados a definir calidad de atención desde cada enfoque disciplinar se ubicarían en este eje.

### ***Calidad percibida por usuarios***

Los usuarios suelen tener diferentes perspectivas de la calidad —más allá de los aspectos técnicos, los procedimientos y las acreditaciones mencionadas anteriormente— vinculadas a la resolución de los problemas, a la cordialidad del trato, al horario de atención del establecimiento, al tiempo de espera para ser atendido, entre otras.

Se han desarrollado múltiples estrategias para evaluarla, entre las que se destacan las encuestas de satisfacción, buzones en las salas de espera de los establecimientos, entrevistas personales o telefónicas, y envío de cuestionarios por mail, adoptando muchas de estas investigaciones el marco teórico desarrollado por Donabedian (1966).

La producción sobre calidad percibida apunta también a diseñar modelos de investigación, destinados a medir la percepción subjetiva de la calidad desde la perspectiva de los actores involucrados en el proceso de atención. Al tomar en cuenta esta perspectiva, las dimensiones sociales y culturales se incorporan a la calidad de atención (Helitzer-Allen y Kendall, 1992; Pinto Díaz y Borges Díaz, 1993; Yalour Romano, 2001). Un modelo de medición es el Análisis Participado de la Calidad (D'Andrea, Quaranta y Quinti, s/f), en el cuál se evalúan servicios públicos y sociales tomando las tres dimensiones de calidad (interpersonal, técnica, confort) y de evaluación de la calidad (estructura, proceso y resultado) de Donabedian en una doble estructura matricial, en la que se incorpora el uso de conceptos tales como “evento-centinela”, “situación particular de calidad”, y “situaciones particulares de calidad”.

Otro modelo de medición, cuyo origen no se encuentra en el campo de la salud, pero cuyos conceptos fueron tomados en los diseños de investigación del campo, parte de la teoría de la confirmación / no confirmación de expectativas, comparando las expectativas previas y el desempeño real. De esa comparación se pueden producir tres resultados: las expectativas individuales son confirmadas cuando el servicio se comporta de la manera esperada, o bien cuando las expectativas iniciales son positivamente confirmadas porque el servicio funciona mejor de lo esperado. La insatisfacción se produce cuando las expectativas son negativamente desconfirmadas (Parasuraman et al, 1985 en Petracci, 2007).

Otras experiencias de producción en este eje son las de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IIPF), Región Hemisferio Occidental, que llevó a cabo encuestas en clínicas dirigidas por asociaciones de planificación familiar afiliadas a IPPF en ocho países de América Latina y el Caribe. Se sostiene que el suministro de servicios de calidad en salud sexual y reproductiva conducirá a un mayor uso de servicios por usuarias más comprometidas, lo que eventualmente resultará en una mayor prevalencia de uso de anticonceptivos (Williams et al, 2001).

En el trabajo “Mejorar la interacción con los clientes: clave para lograr servicios de alta calidad” se destaca la importancia de la interacción cliente — proveedor. Este término se refiere a toda instancia de comunicación, verbal o no verbal, entre los usuarios y el personal de salud, incluyendo la que se produce con orientadores, médicos/as, recepcionistas, administrativos y personal de seguridad (*Outlook*, 1999).

Zapata et al (1999) listan una serie de indicadores para monitorear y evaluar la calidad de los servicios de salud, desde una perspectiva de género. La construcción de aquéllos parte de considerar que una buena calidad de los servicios de salud no sólo considera los

aspectos biológicos, sino también factores socioculturales que enmarcan las características personales de las/os usuarias/os, especialmente los roles de género que los distinguen.

### **Antecedente empírico: evaluaciones previas de la calidad de atención**

En nuestro país, como antecedentes de evaluación de la política de salud sexual y reproductiva, puede mencionarse la evaluación realizada por la Defensoría del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires/CEDES; y el monitoreo realizado por el Consorcio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS).

Cabe destacar en este sentido la importancia de las organizaciones de la sociedad civil que “[...] han ido ganando visibilidad y ocupando espacios, y aunque no pueden asumir las funciones que necesariamente debe cumplir el Estado, logran convocar y vehicular algunas necesidades y demandas de los ciudadanos” (Necchi, 2004:11). La realización de monitoreos de las políticas públicas y la posterior difusión son ejemplos de esa visibilidad.

La Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires decidió llevar adelante un monitoreo de la política pública, al entender que es tan importante el reconocimiento normativo de los derechos sexuales y reproductivos como su efectiva protección.<sup>17</sup> Este monitoreo fue encargado al Centro de Estudios de Estado y Sociedad, en el año 2001 (Petracci, 2007).

Los objetivos principales fueron: “a) Monitorear la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva en la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires a fin de identificar nudos críticos en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, observar avances y retrocesos e identificar situaciones de vulneración de derechos y/o de no cumplimiento de las obligaciones del Estado para desarrollar acciones correctivas; b) Elaborar un diagnóstico comprehensivo y descriptivo de la implementación de la ley 418 en el ámbito de la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires, a fin de identificar logros y deficiencias desde la perspectiva de los jefes de servicio y/o directores de centros de salud, de los equipos de salud y de las usuarias del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; y c) Desarrollar un modelo de estrategias e instrumentos para el monitoreo ciudadano de la política de salud sexual y reproductiva, basado en indicadores de estructura, proceso y resultados elaborados sobre los hallazgos del diagnóstico señalado anteriormente y sustentados en tres perspectivas: integralidad de la política de salud reproductiva, género y derechos” (Programa Ciudadanía y Sexualidad, 2004:57-58).

La iniciativa no sólo se proponía desarrollar un modelo para el monitoreo de la política pública y producir información que pudiera ser utilizada como una línea de base, sino también transferir esas herramientas de monitoreo a las OSC a través de actividades de capacitación, para que pudieran asumir actividades de monitoreo en el futuro.

Entre los principales resultados, se destaca que el 95% de las mujeres manifestó estar muy o bastante satisfecha con la atención recibida, y el 96% recomendaría el servicio a otra mujer.

Los indicadores mejor evaluados fueron el tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos, la voluntad de los médicos para contestar dudas o preguntas, el trato de los médicos, la capacidad de los médicos para contestar sus dudas o preguntas, la capacidad de los médicos para resolver necesidades, la claridad de la información dada por los médicos, y la limpieza del consultorio. La entrega de turnos, la limpieza de baños, y los tiempos de espera fueron los indicadores peor evaluados (Programa Ciudadanía y Sexualidad, 2004:97).

---

<sup>17</sup>. Esa iniciativa fue implementada durante la gestión de la Dra. Diana Maffía a través del Programa de Promoción, Control y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos que contó con el apoyo de la Fundación Ford.

Otro antecedente lo constituye el del Consorcio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS) que fue una iniciativa de cuatro ONG<sup>18</sup> de mujeres y jóvenes con trayectoria en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos con el objetivo de “[...] desarrollar y promover el crecimiento de redes locales de monitoreo social basadas territorialmente. Ello permite la formación y consolidación de una red nacional participativa con una mejor detección de necesidades y perspectivas locales, y una capacidad más efectiva de incidencia con los organismos gubernamentales locales, provinciales y municipales” (Bianco et al, en Petracci y Ramos, 2006:119-120).

Esta institución entiende por monitoreo social de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos “[...] la construcción colectiva de concepciones, herramientas y mecanismos para supervisar la atención de la salud reproductiva de toda la población y proponer alternativas para el enfoque preventivo y respetuoso de los derechos humanos” (Bianco et al, en Petracci y Ramos 2006:114). Entre 2003 y 2005, el CoNDeRS publicó una serie de informes sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en diferentes ciudades realizados por organizaciones de la sociedad civil locales. También realizan y publican periódicamente, desde 2003 a la actualidad, informes de Monitoreo Social de Derechos Sexuales y Reproductivos realizados en varias provincias, en los que se describen las acciones realizadas, sean de capacitación, evaluación, sistematización de experiencias, entrevistas a expertos, responsables de los diferentes programas, encuestas u observaciones a usuarias, y actividades de incidencia.

En 2006, realizaron un monitoreo basado en la aplicación de listas de chequeo “[...] herramienta que permite que los usuarios describan e identifiquen los problemas que se les han presentado cuando necesitan consultar y/o concurren a los servicios de Salud Sexual y Procreación Responsable” (Bianco et al, en Petracci y Ramos, 2006:121). Elaboraron una lista destinada a mujeres adultas y otra a adolescentes de ambos sexos. En el diseño de las listas consideraron que fueran sencillas de aplicar, de fácil comprensión para usuarias/os en los diferentes lugares del país y comparables en las diversas localidades y provincias.

Esas listas fueron construidas en base a afirmaciones antagónicas —una afirmación describe una atención adecuada y la otra una inadecuada y que se consideró respondía a situaciones reales observadas— sobre diversos aspectos vinculados a la atención y las prestaciones de salud sexual y reproductiva (CoNDeRS, 2006). Se aplicaron 3691 listas de chequeo, en las provincias de Jujuy, Tucumán, Salta, Buenos Aires, Entre Ríos, Santiago del Estero, Formosa, Santa Cruz, Santa Fe, y AMBA (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires).

Entre los hallazgos se destaca la evaluación de la accesibilidad a los servicios: el 75% afirma que es fácil de encontrarlo. En cuanto al tiempo de espera para obtener un turno para ser atendidas, el 66% manifestó que tiene que sacar turno con mucho tiempo de anticipación. Además, el 57% de las encuestadas manifestó haber esperado más de dos horas. Las afirmaciones destinadas a evaluar las características de los espacios de espera y de atención indican que el 85% optó por la frase “el lugar es limpio y alegre con asientos para esperar”, el 13% por la frase “el lugar es sucio, sin pintura, sin lugar para sentarse” y el resto no respondió. Los espacios de consulta fueron evaluados como privados por el 77%.

En este sentido, en el informe señalan que “[...] la población de mujeres adultas que respondió la encuesta pertenece a sectores socioeconómicos bajos, que en un contexto de constante privación y vulneración de sus derechos tienen un bajo nivel de expectativas sobre la calidad de los servicios públicos de salud, por lo que su evaluación tiene un sesgo

---

<sup>18</sup> . FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer), CLADEM-Argentina (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer), Foro por los Derechos Reproductivos y REDNAC (Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva).

que se debe a las condiciones de vida. Incluso, la información que surge de las listas de chequeo en estos puntos se contradice con la que surge de los informes de monitoreo realizados por los grupos que implementaron las listas de chequeo” (CoNDeRS, 2006:9).

En la encuesta realizada a adolescentes los resultados son similares; se agrega la inexistencia de consultorios destinados a la atención personalizada de adolescentes (76%).

Solo los entrevistados/as de la Ciudad de Buenos Aires señalan que existen servicios destinados a la atención de adolescentes (88%), le sigue en orden de importancia Mendoza (con 38% que afirman que existen esos servicios). Evaluaron también favorablemente los espacios de consulta, y la escucha y respeto del médico (82%) (CoNDeRS, 2006).

También el CoNDeRS presentó un informe de encuestas y talleres realizados con mujeres detenidas en hospitales psiquiátricos y en unidades penitenciarias, aisladas de los programas de salud. Las mujeres con problemas psiquiátricos señalan que reciben información insuficiente en calidad y cantidad, por parte de los profesionales de la salud, sobre la anatomía, fisiología de los órganos genitales y cambios en el funcionamiento sexual. Menos de la mitad de las mujeres refiere discutir aspectos de sexualidad con los profesionales de la salud. Dada esta deficiencia, se produce un descontento con la atención recibida y recurren a otras fuentes en búsqueda de información (CoNDeRS, 2008).

En 2009, presentaron además un informe de exigibilidad en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos, basado en los diagnósticos realizados, destacando que “[...] el monitoreo social no sólo se propone promover un conocimiento fundado sobre la aplicación y el funcionamiento de una política pública específica, sino que pretende también actuar como herramienta para la acción y la incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en relación al Estado” (CoNDeRS, 2009:2).

Esos son los antecedentes de evaluación de la política de salud sexual y reproductiva. Hay otros antecedentes de evaluación de calidad de atención en otros programas o servicios vinculados al campo de estudio.

Un estudio cualicuantitativo realizado en el CEDES, cuyo objetivo fue medir la calidad percibida por las usuarias de tres servicios de ginecología —un servicio público del Gran Buenos Aires, un servicio público, y uno privado de la Ciudad de Buenos Aires—, concluyó que la mayoría de las usuarias, en los tres servicios, manifestaron una evaluación positiva y un alto nivel de satisfacción con la atención recibida. El nivel de satisfacción general con la calidad recibida no presentó diferencias según edad, nivel educativo, situación ocupacional en los últimos treinta días, cobertura de salud, y antigüedad en el servicio, entre las mujeres entrevistadas dentro de cada servicio. Las diferencias en la evaluación no se encontraron entre los subsectores privado y público, sino dentro de este último (Petracci, Ramos y Romero, 2002). Las autoras refieren que de las dimensiones consideradas de la calidad, la interpersonal es la que juega un papel decisivo en las evaluaciones: las deficiencias técnicas o ambientales pueden soportarse si el trato del médico/a es considerado correcto (Petracci, Ramos y Romero, 2002).

En el Programa de Medicina Interna General (PMIG) del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires, Petracci y Mejía (2004) realizaron un estudio cuyo objetivo general fue analizar la calidad de la atención desde la perspectiva del equipo de salud (calidad ofrecida) y de los usuarios/as (calidad percibida). Los usuarios entrevistados evaluaron positivamente la calidad de la atención general y específica. “Esto se expresó, en consonancia con los datos sobre la relación entre las expectativas y el servicio recibido, en un alto grado de satisfacción” (Petracci y Mejía, 2004:6).

El 90% optó por las categorías positivas de la escala de evaluación de la calidad de la atención, en especial los usuarios más antiguos y los de menor nivel educativo. No se registraron

diferencias significativas según sexo. Además, el 6% opinó que la atención recibida era mejor de la esperada. El nivel de satisfacción no registra diferencias significativas según sexo, nivel educativo y antigüedad en el Programa. Los autores señalan que existe una asociación positiva entre el nivel de satisfacción y la calidad percibida: los usuarios más satisfechos (86%) evalúan positivamente la calidad de la atención recibida en el PMIG y consideran que esa atención coincidió o fue mejor de la que esperaban recibir (94%). De las tres dimensiones analizadas, se destacan los atributos referidos a la dimensión interpersonal: el trato y la información recibidos. La privacidad durante la consulta no fue señalada por los usuarios, a diferencia de la opinión del equipo médico, como un problema (Petracci, 2003; Petracci y Mejía, 2004).

Señala Petracci (2007:92), analizando estos trabajos, que “[...] uno de los hallazgos sobre calidad de la atención es la evaluación positiva y el alto nivel de satisfacción expresado por los usuarios sobre la atención recibida en los servicios de salud. Esa evaluación positiva, de acuerdo a las dimensiones planteadas por Donabedian, se basa más en la dimensión interpersonal de la calidad de la atención que en las dimensiones técnica y ambiental”.

Con el objetivo de comprender qué piensan los proveedores de salud de hospitales públicos acerca de la calidad percibida por las usuarias, Petracci (2005) llevó a cabo un estudio cualitativo en el que concluye que los médicos entrevistados coinciden con la evaluación de la calidad de la atención de los usuarios: “[...] Los argumentos que justifican esa coincidencia están centrados en tres figuras: el médico, como consecuencia de su vocación de servicio; el hospital público, como consecuencia de la presencia del Estado para garantizar la atención de la salud a la población con problemas de accesibilidad; y finalmente, el usuario” (Petracci, 2005:9). Los entrevistados también acordaron con la frase “Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos”, y opinaron que deben ser informados y promovidos. No obstante, la justificación apunta más a informar para la prevención de enfermedades, que a la promoción de derechos (Petracci, 2005); es decir, se basa la justificación más en cuestiones biomédicas que en el plano del ejercicio de ciudadanía.

También con el objetivo de evaluar la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención recibida durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio para determinar su satisfacción, se destaca el trabajo de Szulik (2007) *Calidad de la atención del parto en la Ciudad de Buenos Aires: un estudio sobre la satisfacción de las mujeres usuarias y los profesionales en tres hospitales de la red asistencial pública*. Entre los resultados obtenidos se menciona el alto grado de satisfacción de las mujeres entrevistadas y los profesionales con respecto a la atención durante el proceso del embarazo, el parto y el puerperio. No obstante, desconocen las normativas vigentes, y sus derechos en relación a acompañamiento durante el parto, acceso a información y capacidad de decisión.

Otro antecedente es la evaluación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) realizada en 2000 desde la perspectiva de los agentes intervinientes, con el objetivo de analizar los efectos del programa (Ramos et al, 2000).

Otra investigación, dedicada a la evaluación de Atención Primaria, desarrolló un mecanismo de evaluación de desempeño de centros de atención primaria en salud, que incorpora no sólo una mirada técnica, sino también de eficacia en el alineamiento de la estrategia sanitaria con las necesidades de la población (Maceira, 2008b).

En el trabajo *El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*, Cappuccio, Nirenberg y Pailles (2006), se propusieron relevar las actitudes de los profesionales de la salud hacia la sexualidad, el género, los adolescentes, la legislación y los programas de salud sexual y procreación responsable. Entre los resultados que mencionan, señalan como problemas detectados en los servicios de salud la carencia de recursos humanos y su déficit de capacitación/actualización en materia de salud sexual y reproductiva; lo que, según entienden los profesionales entrevistados, dificulta la realización

de acciones de orientación o consejería. Las barreras administrativas existentes para el acceso a los servicios fueron también referidas en términos de horarios de atención inadecuados, incomodidad para conseguir turnos, largas esperas presenciales y horarios restringidos para la entrega de MAC. Otras barreras mencionadas, fueron las barreras técnicas, tal como las exigencias de estudios complementarios para acceder a la entrega de MAC, que dificultan las acciones de prevención, y en particular la colocación de DIU.

Hubo menciones acerca de la baja calidad de la atención en salud sexual y reproductiva, y muchos señalaron diferencias entre la forma de atender, de un mismo médico, en el hospital y en su consultorio privado (Cappuccio, Nirenberg y Pailles, 2006:81-82).

Nina Zamberlin (2005), en el informe *Propuesta para mejorar la calidad de la atención en las complicaciones de abortos*, describe la evaluación de la calidad de la atención en abortos incompletos, en el servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, desde la perspectiva de los integrantes del equipo de salud. En el estudio, se evaluó la calidad de atención (línea de base), se realizaron intervenciones para introducir cambios en la modalidad de atención, y se evaluaron los resultados de esa intervención. Entre los indicadores para describir la calidad de atención postaborto destaca: tecnología apropiada para el tratamiento del aborto; capacidad técnica de todos los miembros del equipo de salud; información y consejería antes, durante y después de la evacuación; servicios de salud reproductiva y planificación familiar postaborto; equipo, suministros y medicamentos; acceso a los servicios de salud (Zamberlin, 2005:11-12).

Con respecto a la autoevaluación de la calidad de la atención que se ofrece a las mujeres que ingresan con abortos incompletos, la mayoría de los profesionales la consideró excelente o muy buena, destacando como aspectos positivos que no se discrimina, no se hacen distinciones entre abortos provocados y espontáneos, se atiende con reserva y discreción, se brinda cuidado, contención e información, y hay insumos disponibles. Los aspectos negativos mencionados por los profesionales que evaluaron la calidad como regular o mala fueron vinculados a las deficiencias de la estructura edilicia (espacio reducido, falta de privacidad), condiciones de trabajo como limitantes para ofrecer atención de calidad (escasez de recursos humanos, agotamiento, poco tiempo para dedicar a cada mujer) y la comunicación del equipo de salud con las pacientes (afectada por las diferencias culturales y por el temor a ser denunciadas) (Zamberlin, 2005:24).

Aronna et al (2009) realizaron un estudio en Rosario, cuyo objetivo fue conocer la calidad de la atención recibida en las maternidades públicas (Maternidad Martín y Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña). Entre los indicadores para medir calidad, preguntaron si durante la internación alguien la llamó por su nombre, respondiendo de manera afirmativa tres de cada cuatro mujeres. El 69% respondió también que durante la internación alguien la llamó “madre”, “gorda”, “gordita” o “mami”. Antes de que le fuera realizado el procedimiento, al 83% de las mujeres alguien le explicó lo que le iban a hacer (raspado/aspiración); el 86% respondió que tuvo posibilidades de hacer preguntas al profesional. También indagaron después de la intervención, si alguna de las personas que la había atendido le preguntó si sentía dolor. Al 88,2% de las mujeres, alguien les había preguntado.

Un estudio con un abordaje cualitativo, cuyo objetivo fue explorar desde la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales las dimensiones de satisfacción de un servicio de cuidados paliativos, encontró que los pacientes tienen un alto nivel de satisfacción —mayor a la esperada— con respecto a la atención recibida (Manzelli et al, 2004). Las principales dimensiones mencionadas por los pacientes son trato afable, dedicación de tiempo, comunicación continua, reconocimiento como persona, y alivio del dolor y otros síntomas.

Fernández et al (2009), también presentan los resultados preliminares de un estudio realizado para conocer la calidad de la atención desde la perspectiva de las personas que

consultan en el Instituto de Oncología Ángel Roffo. Señalan que el momento de comunicar el diagnóstico al paciente aparece como un nudo de tensión en relación a la calidad de atención ofrecida a personas con enfermedades oncológicas, fueron frecuentes las alusiones de los pacientes y familiares al mal manejo por parte de los profesionales de la salud en relación a cómo comunican el diagnóstico, una deshumanización de la dimensión emocional al comunicarle al paciente su estado.

Rostagnol y Viera (2006), en un estudio cuyo propósito fue indagar y analizar las distintas instancias y formas en que se actualizan los derechos humanos en los procesos de atención a las mujeres, en especial a aquellas que consultan porque consideran la posibilidad de interrumpir sus embarazos, en policlínicos de Uruguay, realizaron observaciones de usuarias, entrevistas individuales y grupales, grabaron consultas ginecológicas y participaron en ateneos médicos. Luego del análisis del material de campo, listan una serie de obstáculos materiales e inmateriales que dificultan la calidad de la atención, que en palabras de las autoras son “[...] mecanismos inhabilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres” (Rostagnol y Viera, 2006:304), enunciados como violencias de distinto tipo. Se destacan la violencia de la espacialidad (salas de espera pequeñas, poca señalización); la violencia de la no intimidad (espacios públicos y privados indiferenciados); la violencia del manejo del tiempo (demoras en la atención); la violencia de la palabra (infantilización de las usuarias, gritos, retos); y la violencia del “castigo” (retar a las mujeres cuando no siguen alguna instrucción). En esas violencias, participan quienes toman decisiones sobre políticas y programas, quienes forman a los proveedores de salud, el personal del servicio, y también la usuaria, en tanto que suelen asumir un lugar de subordinación, esperando las instrucciones de los médicos y propician actitudes paternalistas por parte de éstos (Rostagnol y Viera, 2006).

Otro estudio de calidad de atención, relevó las opiniones de mujeres que acuden a hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires por complicaciones debidas a abortos realizados en precarias condiciones (Checa, Erbaro y Schwartzman, 2006). Varias de las entrevistadas relataron largas esperas en la guardia, o derivaciones que agravaron su estado, y tratos verbales humillantes.

Otras experiencias se presentaron en la VI Jornada Nacional de la Sociedad Argentina para la Calidad de Atención “La transición epidemiológica y su impacto en la calidad de atención” realizada en 2007, entre ellas los trabajos de Casais et al (2007) sobre el desarrollo de un instrumento para medir la percepción del paciente sobre la calidad de atención, seguridad, confianza y eficiencia, en la Fundación para Combatir la Leucemia (FUNDALÉU); y el de García Elorrio (2007), que presentó la experiencia de validación e implementación de un cuestionario de satisfacción en CEMIC.

En el trabajo *Entre el “trato” y el “contrato”: percepciones de las usuarias acerca de los servicios de atención obstétrica*, Báez y Schiavoni (2009), se propusieron recuperar desde la mirada del “otro” la evaluación de la calidad de la atención obstétrica en el sector público durante las tres etapas del proceso gestacional (embarazo, parto y puerperio). Adoptaron una estrategia cualitativa, con algunos componentes cuantitativos en la Unidad de Perinatología del Hospital Madariaga, Posadas (Misiones). Los resultados son sintetizados por las autoras señalando que lo que emerge es asimetría, desigualdad técnica y cultural, generadores de la violencia simbólica dentro de la institucionalización de una práctica de atención del equipo de salud. Así, la conducta descalificadora del médico hacia las usuarias opera de modo especular sobre otros profesionales y el personal administrativo, quienes se sienten habilitados para censurar el comportamiento de pacientes/usuarias en los mismos términos de ignorancia e irresponsabilidad que emplean los médicos.

Nirenberg et al (2009) presentaron una evaluación del sistema público de salud en la provincia de Neuquén. Una de las dimensiones evaluadas fue calidad de la atención médica,



que incluyó los siguientes indicadores: trato del equipo de salud a los usuarios, confidencialidad, privacidad, tiempos de espera presencial en los servicios, tiempos destinados a la consulta, internación conjunta madre e hijo/a menor de 14 años, acompañante en el parto, consentimiento informado. Si bien no se exponen los datos de cada uno de los indicadores, se sintetizan los hallazgos señalando que los usuarios valoran positivamente la atención que reciben, y minimizan aspectos de confort o los excesivos tiempos de espera. Aunque la población usuaria percibe también falta de profesionales, sobre todo en algunas especialidades, así como carencias en cuanto a equipamientos, resaltan la contención y dedicación que los recursos humanos brindan.

Por último, resulta de interés a los fines de este trabajo destacar un estudio realizado por Yalour Romano (2001), *¿Cómo perciben la atención de su salud los pacientes de hospitales públicos de la República Argentina?*, en el que se da cuenta de la idea de satisfacción asociada en forma directa al trato del médico, incidiendo éste en la realización y continuidad de los tratamientos.

### **Antecedente metodológico: el instrumento de medición**

Otro antecedente, más directamente relacionado a la investigación empírica y de carácter metodológico, lo constituye la investigación en la que se implementó una Metodología de Consenso para elaborar el instrumento de medición. Una vez aplicada se obtuvo el instrumento utilizado en el trabajo de campo de esta tesis. Se sintetiza el Informe Final *Calidad de la atención en salud y derechos sexuales y reproductivos: metodología de consenso para elaborar un instrumento de medición* (Mattioli, 2008), trabajo de investigación realizado con el financiamiento de una Beca Carrillo-Oñativia a nivel de Programas Sanitarios con Apoyo Institucional, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga, dirigida por la Doctora Mónica Petracci.

### **Metodología de consenso para elaborar el instrumento de medición**

El primer paso de la investigación fue evaluar y comparar instrumentos y hallazgos de investigaciones destinadas a medir la calidad de atención en salud y derechos sexuales y reproductivos percibida por las/os usuarias/os. A partir de la revisión de esas experiencias previas de medición de la calidad de atención desarrolladas a nivel regional y local y de los cuestionarios ya testeados, y tomando como línea de base el cuestionario utilizado en el Monitoreo de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos (Programa Ciudadanía y Sexualidad, 2004), se elaboró el instrumento a consensuar entre los actores.

Las dimensiones que lo conformaron fueron las siguientes:

- Evaluación global de la calidad del servicio: Grado de satisfacción con la atención recibida en las últimas consultas; evaluación de la atención recibida en relación a la atención que esperaba recibir antes de concurrir a la consulta (expectativas sobre atención recibida); recomendación del servicio/centro a otra persona.
- Dimensión interpersonal de la calidad de atención: Trato de los médicos/as; trato del personal administrativo; claridad e información en las consultas.
- Dimensión técnica de la calidad de atención: tiempo transcurrido entre el día que le dan un turno y el día que la atienden, tiempo que transcurre desde que llega al establecimiento hasta que entra a la consulta, tiempo que dura la consulta con el profesional, tiempo transcurrido entre la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos, y expectativas sobre el tiempo de espera.
- Dimensión ambiental de la calidad de atención: Privacidad; Instalaciones.

- Información recibida: Listado de temas sobre los que se indaga si recibió o no información y expectativas sobre la información que pensaba recibir.
- Educación y comunicación: Recibió información o no en carteles, folletos, pósteres, etc., utilidad de la información de carteles y folletos, conocimiento de reglamentaciones sobre derecho a la atención de la salud reproductiva.

Luego, para conocer las evaluaciones de los actores, se realizaron entrevistas semiestructuradas cara a cara, en las cuales se solicitó que evalúen el instrumento de medición. En algunos casos, para aumentar la tasa de respuesta, dadas las dificultades encontradas para entrevistar a los profesionales, se optó por otros mecanismos no presenciales como el envío por correo electrónico y la entrevista telefónica. Éstas fueron situaciones minoritarias.

En todos los casos, se aplicó un formulario de consentimiento informado en el que constaba la confidencialidad de la información y el anonimato de las/os entrevistadas/os (Véase Anexo). Para los casos en que la entrevista fue autoaplicada, se desarrolló un instructivo con las indicaciones necesarias para completar el cuestionario. El trabajo de campo fue realizado entre agosto de 2007 y marzo de 2008.

El análisis de los datos se apoyó en la técnica *Delphi*, que consiste en un proceso iterativo para obtener y clarificar las opiniones de un grupo de expertos, por medio de una serie de preguntas realizadas individualmente. Así, se elimina la confrontación cara a cara, no se fuerza la unanimidad y los indicadores no se someten a votación (Cohen y Franco, 1992).

El consenso se logró a partir del análisis cuantitativo y cualitativo de las evaluaciones realizadas por los diferentes actores al instrumento para medir la calidad de atención (ICAT).

En lo que refiere al análisis cuantitativo, el primer paso fue analizar las evaluaciones realizadas de manera numérica —con un puntaje de 1 a 10— a cada indicador del ICAT y ordenar los indicadores que registraban evaluaciones con puntaje alto (A) o bajo (B). Para eso, se calcularon diferentes medidas de estadística descriptiva (promedio, mediana, modo, distribución de las frecuencias, desvío estándar).

El análisis de la evaluación del ICAT, realizada por la sociedad civil y por los tomadores de decisiones, fue básicamente cualitativo. Los datos recogidos en las entrevistas fueron analizados según el procedimiento de la "descripción densa" elaborado por Geertz (1973).

Se determinó para cada indicador si la evaluación era baja o alta en función del análisis cuantitativo y cualitativo desarrollado. Luego se elaboró un cuadro en el que se ubicó la evaluación de cada indicador según actor, y la resolución de la situación. Esto es, se analizaron las evaluaciones y teniendo en cuenta que son tres actores, se consideró que la resolución sería dada de acuerdo al criterio adoptado por la mayoría.

Por lo tanto, se conformaron ocho combinaciones posibles y sus respectivas resoluciones:

Pregunta	Profesionales	Sociedad Civil	Decisores	Resolución
1.	A	A	A	A
2.	B	B	B	B
3.	A	B	B	B
4.	A	B	A	A
5.	A	A	B	A
6.	B	A	A	A
7.	B	B	A	B
8.	B	A	B	B

Los indicadores que conformaron el instrumento consensuado fueron aquellos que obtuvieron una evaluación alta en la columna resolución. Se describe a continuación la evaluación de cada uno de los actores consultados en la investigación.

Para obtener la evaluación de los profesionales, se realizaron veinte entrevistas a los encargados del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en los hospitales, y treinta y cinco entrevistas a profesionales que cumplen sus funciones en los centros de salud. En cinco CeSAC y en dos hospitales, no pudo ser realizada la entrevista por diversas razones. En ningún caso se trató de rechazo.

Se listan a continuación las unidades de muestreo:

<b>Centro de Salud y Acción Comunitaria</b>			
CeSAC 1	CeSAC 21	CeSAC 28	CeSAC 40
CeSAC 10	CeSAC 22	CeSAC 3	CeSAC 39
CeSAC 11	CeSAC 23	CeSAC 31	CeSAC 7
CeSAC 13	CeSAC 25	CeSAC 32	CeSAC 36
CeSAC 14	CeSAC 8	CeSAC 33	CeSAC 24
CeSAC 15	CeSAC 9	CeSAC 34	
CeSAC 16	CeSAC 2	CeSAC 35	
CeSAC 17	CeSAC 20	CeSAC 4	
CeSAC 18	CeSAC 26	CeSAC 6	
CeSAC 19	CeSAC 27	CeSAC 38	
Total 35			
<b>Hospital</b>			
Hospital Álvarez	Hospital Elizalde	Hospital Muñiz	Hospital R. Sardá
Hospital Alvear	Hospital Fernández	Hospital Penna	Hospital Santojanni
Hospital Argerich	Hospital Garrahan	Hospital Pirovano	Hospital Tornú
Hospital Borda	Hospital Gutiérrez	Hospital Ramos Mejía	Hospital V. Sarsfield
Hospital Durand	Hospital Moyano	Hospital Rivadavia	Hospital Zubizarreta
Total: 20			
<b>TOTAL: 55 UNIDADES DE MUESTREO</b>			

Además de la evaluación del instrumento de medición, en la entrevista se incorporaron una serie de preguntas cerradas sobre el perfil sociodemográfico de los/as profesionales. Las preguntas realizadas fueron: edad, sexo, nacionalidad, cargo que desempeña, años que trabaja en el servicio/centro, y años que trabaja en el ámbito público. El perfil de la muestra fue el siguiente:

- Nueve de cada diez profesionales entrevistados son mujeres.
- El promedio de edad es de 46,9 años (rango: 28-65 años). La edad promedio fue calculada tomando como base a 53 entrevistados/as, los dos casos restantes optaron por no responder.
- Con respecto a la nacionalidad, el 100% de los entrevistados es argentino/a.
- Los profesionales responsables del Programa de Salud Sexual y Reproductiva entrevistados son de múltiples disciplinas, hay un fuerte predominio de médicos/as, principalmente especialistas en ginecología (58%). En cuanto al cargo que desempeñan, predomina el de personal de planta (tanto profesionales de medicina como de las ciencias sociales y psicología) con el 74,5%.
- El promedio de años trabajados en el servicio o centro de salud es de 12,8 años, con un rango de 1 a 38 años. El promedio de años trabajados en el sistema público es de 19,6 años, con un rango de 3 a 40 años (Véase cuadro 1, en Anexo).

Para conocer la evaluación sobre el instrumento de medición de los profesionales se calcularon, en primer lugar, las medidas estadísticas descriptivas media, mediana, modo, desvío típico, y los valores máximo y mínimo.

Observando el promedio, se encuentran todos los indicadores ubicados entre el valor mínimo 6,04 y el máximo 9,09, con un promedio general de 7,73. Esto es, habría una evaluación favorable de parte de los profesionales sobre la mayoría de los indicadores. En lo que refiere a la moda, la mayoría de los indicadores tiene la mayor frecuencia en el valor 10, un indicador —comodidad en el consultorio— registra más frecuencias en el valor 8 y un indicador —información recibida sobre infertilidad/fertilidad asistida— registra la mayor frecuencia en el valor 1. Ese indicador registra a su vez el promedio más bajo. La mediana, por su parte, registra valores del 7 al 10, ubicándose en este valor solo el indicador de recomendación del servicio. Ese indicador es el único que registra un valor mínimo de 4, los demás registran un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 10.

En segundo lugar, y para mejor entender la evaluación de los profesionales, se decidió clasificar los indicadores en base al promedio general y al desvío estándar: aquellos indicadores con promedio igual o mayor al general y desvío menor al general fueron considerados los mejor evaluados.

Ese análisis cuantitativo se complementó con un análisis cualitativo de las sugerencias o los comentarios de los profesionales, que versan alrededor de las siguientes dimensiones:<sup>19</sup>

Con respecto al lenguaje, algunos entrevistados señalaron que se debería modificar:

*La encuesta no debería ser autoaplicada a fin de salvar las diferencias de lenguaje. Si es con un encuestador que le explique las preguntas tal vez se puede realizar mejor (Médica, CeSAC, 38).*

*Las preguntas están bien redactadas, pero en todos los casos haría menos formal los enunciados (Socióloga, CeSAC, 56).*

En lo que refiere a preguntas específicas, la mayoría de los entrevistados sugirió cambiar “trato de médicos/as” por “equipo de salud” o “profesionales”, ya que las actividades del Programa de Salud Sexual y Reproductiva son llevadas adelante por profesionales de distintas disciplinas:

*Pondría profesionales, no médicos/as. Incluso los MAC los damos todos, no sólo los médicos (Socióloga, CeSAC, 56).*

*Deberías cambiar médicos/as por profesionales, ya que en el programa hay múltiples profesionales (psicólogas, enfermeras, trabajadoras sociales, asistentes) trabajando y puede prestar a confusión preguntar solo por los médicos (Directora de CeSAC, 50).*

*Diría equipo de salud, porque si no dejarías sin evaluar a muchos profesionales que trabajan en esto, y que son los que a veces toman en cuenta la cuestión de su situación familiar y esos temas que preguntás (Lic. en enfermería, CeSAC, 48).*

Se registraron también menciones referidas a la manera de nombrar algunos temas en la pregunta referida a información recibida:

*No se entiende anticonceptivo de emergencia, diría pastilla del día después o algo así, que es como se conoce habitualmente (Subjefa de servicio, hospital, 46).*

*Anticonceptivos para adolescentes lo reemplazaría por “atención integral del adolescente”. Es importante tener en cuenta el lenguaje al realizar la pregunta, la comprensión puede ser muy diferente. Muchas de las mujeres, como la mayoría de las que vienen al centro van a tener dificultades para entender (Tocoginecóloga, CeSAC, 49).*

---

<sup>19</sup> . Entre paréntesis la referencia de los entrevistados: profesión, establecimiento, edad.

La pregunta referida al tiempo que pasa entre el día de la consulta y la entrega de los métodos anticonceptivos recibió más comentarios desde una perspectiva técnica:

*Hay ciertos MAC que no se pueden entregar en el momento, no porque uno no los tenga sino porque requiere de ciertos estudios, por ejemplo un DIU (Directora de CeSAC, 41).*

*El último ítem de la pregunta depende del MAC al que se refiera, a si la usuaria se controla habitualmente, si ya se hizo determinados estudios, hay métodos que requieren de ciertas condiciones (Socióloga, CeSAC, 40).*

Relacionada a tiempos de espera, también fue observada la pregunta que indaga acerca de la duración de la consulta:

*Correspondería aclarar que depende del método. Algunos requieren más o menos tiempo de acuerdo a la práctica que se necesita realizar, al paciente, a las condiciones, etc. Se puede reformular como “el profesional le dedicó el tiempo que necesitaba” (Ginecóloga, CeSAC, 50).*

La pregunta con la evaluación más baja fue la de información recibida sobre infertilidad o fertilidad asistida, la mayoría de los entrevistados comentaron que no es un tema prioritario.

En lo que refiere al tiempo que pasa entre el día que le entregan el turno y el día que la atienden por ese turno, se encontraron dos posturas diferentes de evaluación que se relacionan con la modalidad de trabajo —principalmente en los centros de salud— ya que algunos establecimientos trabajan con demanda espontánea, es decir, dan los turnos el mismo día de la atención. Por lo tanto, las sugerencias de esta pregunta giraron en torno a la distinción de la modalidad de trabajo del establecimiento y a la inclusión, para aquellos casos en los que se trabaja con demanda espontánea, de una pregunta que refiera a cuántas horas antes tiene que concurrir al establecimiento para conseguir el turno.

Surgió también en las entrevistas un aspecto no considerado inicialmente, relacionado con normas de higiene y seguridad de la atención médica, no obstante, sólo fueron dos entrevistados los que sugirieron incorporar una pregunta para indagar si la usuaria observó que usaran material descartable:

*Me parece que no indagas en algo que es importante y es si los profesionales cumplían ciertas normas de limpieza, si usaron guantes, si pudo ver cuando abrían el material (Jefa de servicio, hospital, 65).*

*Agregar si han notado que usa material descartable (Encargado del consultorio de Salud Sexual y Reproductiva, hospital, s/e).*

Los tres ítems incluidos en la pregunta de privacidad se encuentran entre las preguntas con evaluación alta de los profesionales. No obstante, realizaron algunos comentarios que reflejan lo que sucede cotidianamente en el ámbito de trabajo, sin dejar de considerar que es un aspecto fundamental de la calidad de atención.

*Hay que tener en cuenta que es un hospital escuela, no se puede lograr siempre esa privacidad porque a la vez es necesario formar recursos (Ginecóloga, hospital, 48).*

*El hecho de ser un hospital escuela hace que siempre haya residentes rotando, la docencia es otra de las funciones de nuestra institución (Encargado del consultorio de Salud Sexual y Reproductiva, hospital, s/e).*

Otra de las preguntas evaluadas con un alto puntaje por los profesionales es la de señalización. Aún aquellos profesionales que trabajan en centros de salud y que comentaron que en estos lugares es más fácil el acceso, le dieron importancia a esta pregunta:

*En cuánto a la señalización es más importante en los hospitales, en los CESAC es más sencillo porque son lugares más pequeños, es más fácil el acceso, suele haber administrativos que indican como llegar al consultorio, pero en los hospitales sí es*

*importante. Hemos tenido casos de mujeres que van al hospital porque es un estudio que acá no se puede hacer y vuelven después de dar vueltas por horas sin haber encontrado el lugar (Socióloga, CeSAC, 40).*

Para este actor, la pregunta de recomendación del servicio también es la mejor evaluada. Muchos profesionales comentaron que el “boca en boca” es el principal mecanismo de difusión del centro, y señalan que sería interesante averiguar las razones de por qué recomendaría el servicio. La mayoría de los entrevistados sugirieron agregar una pregunta para indagar por qué razones recomendaría el servicio.

Para obtener la evaluación de la sociedad civil, se eligió como actor al Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS), dado que nuclea a diversas organizaciones no gubernamentales que trabajan en la temática. Una vez establecido el contacto telefónicamente con un integrante del CoNDeRS, se envió el cuestionario por correo electrónico con el propósito de recabar las diferentes opiniones de los integrantes, ya que no había posibilidad de concertar una entrevista conjunta.

Las preguntas del instrumento no fueron evaluadas numéricamente como se consignaba, sino que optaron por realizar comentarios de carácter cualitativo sobre el instrumento en general. Se resume a continuación el análisis de la evaluación de este actor: los indicadores que reciben peor evaluación son los referidos a expectativas de atención recibida, expectativas del trato de médicos/as, expectativas del trato del personal administrativo; privacidad; información recibida; expectativas de información recibida utilidad de la información recibida (folletería) y conocimiento de reglamentaciones. Entre los indicadores mejor evaluados, se encuentran los referidos a evaluación general; recomendación del servicio; evaluación del trato de médicos/as y personal administrativo; claridad y comprensión de la información; tiempos de espera; instalaciones; y folletería.

Para conocer la evaluación de los decisores, se realizaron entrevistas a funcionarios del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires y del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la etapa inicial del trabajo de campo. En los dos casos entrevistados, se encontró una opinión favorable a la medición de la calidad de atención y a la aplicación de un cuestionario único que favorezca la sistematización de la información relevada, y la haga comparable en las diferentes unidades y en distintos períodos temporales. Manifestaron la importancia de incorporar a la gestión estas dimensiones, y señalaron estar trabajando en esta temática.

Considerando las evaluaciones de los tomadores de decisiones se puede señalar que los indicadores con peor evaluación son los referidos a expectativas de la atención recibida, expectativas del trato de médicos/as, expectativas del trato del personal administrativo; información recibida y expectativas de la información recibida. Los indicadores con mejor evaluación son evaluación general, recomendación del servicio, evaluación del trato de médicos/as y del personal administrativo, claridad y comprensión de la información recibida, tiempos de espera, privacidad, instalaciones, educación y comunicación (folletería), y conocimiento de reglamentación/ley sobre derecho a atención en salud reproductiva.

En cuanto al análisis cualitativo, los principales comentarios versan en torno a incluir la pregunta referida a “Por qué” luego del indicador de recomendación del servicio; modificar “Médicos/as” por “Profesionales/Equipo de salud” para poder incluir en la evaluación las tareas desarrolladas por todos los profesionales —tanto de las ciencias médicas, como de las sociales— que desarrollan las tareas en el marco de los programas antes mencionados.

Otros comentarios realizados por este actor se basaron en incluir preguntas que enfatizan en la perspectiva de derechos (tales como la existencia de preservativos en la sala de espera sin necesidad de ser pedidos por las/os usuarias/os). Cabe aclarar que esos indicadores sugeridos no fueron incorporados al instrumento consensuado (ICAT) dado a que, por un lado, no fueron mencionados por los demás actores y, por el otro, todos los actores entrevistados enfatizaron en que el instrumento debía ser breve, para que quienes lo respondieran pudieran hacerlo sin perder la atención.

### **El instrumento consensuado**

El análisis de los tres actores determinó la conformación de tres situaciones: Indicadores que tuvieron una evaluación alta de los tres actores sociales (que pasan a conformar el instrumento final); Indicadores que tuvieron una evaluación baja de los tres actores sociales (que fueron descartados); Indicadores en los que difirió la evaluación de los tres actores (sólo 15 indicadores, dando cuenta de un consenso sólido en lo que refiere a qué mide la calidad de atención). De esos 15 indicadores ubicados en la tercera situación, 12 tuvieron como resultado una evaluación alta (es el caso de aquellos indicadores a los que un actor social le asignó una baja evaluación y los otros dos actores le asignaron una evaluación alta). En los 3 indicadores restantes la resolución de la situación indicó que la evaluación es baja, es decir, que dos actores sociales optaron por esa evaluación y un solo actor social le asignó una evaluación alta.

En síntesis, los indicadores sobre los cuales hay un alto grado de consenso de parte de los tres actores sociales entrevistados son: evaluación general; recomendación del servicio; trato de los/as médicos/as; trato del personal administrativo; claridad y comprensión de la información; tiempos de espera y expectativas; privacidad; instalaciones; folletería y utilidad de la folletería. Los indicadores que registran un bajo grado de consenso de parte de los actores sociales entrevistados son: 20 indicadores de información recibida (excepto información sobre como se previene el VIH); expectativas sobre el trato médico; expectativas sobre el trato del personal administrativo, y expectativas sobre la información que pensaba recibir.

Hay tres indicadores cuya resolución determina que el consenso es bajo, pero que alguno de los actores le dio una evaluación alta: expectativas sobre la evaluación general; información sobre como se previene el VIH/sida; conocimiento de la reglamentación/ley sobre atención en salud sexual y reproductiva.

En cuanto a las sugerencias y comentarios, es decir, el análisis cualitativo, realizados al instrumento se destacan las dimensiones que refirieron los tres actores sociales entrevistados: utilizar un lenguaje más sencillo; modificar “Médicos/as” por “Equipo de salud o Profesionales” y agregar por qué recomendaría el servicio o centro para conocer qué aspectos son los valorados espontáneamente por las/os usuarias/os.

Los demás comentarios y sugerencias refirieron a diferentes ejes, de acuerdo al actor entrevistado: los profesionales realizaron comentarios sobre cuestiones vinculadas a la calidad desde la formación y los procedimientos empleados; mientras que los tomadores de decisiones y la sociedad civil hicieron hincapié en comentarios vinculados a derechos.

El instrumento finalmente fue conformado con las siguientes dimensiones:

#### **EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DEL SERVICIO:**

- Grado de satisfacción con la atención recibida en las últimas consultas.
- Recomendación del servicio/centro a otra persona.
- Razones por las que recomendaría/no recomendaría el servicio/centro.

#### DIMENSIÓN INTERPERSONAL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN:

- Trato de los profesionales/equipos de salud (Indicadores: la saludan al llegar, la llaman por su nombre, la escuchan con atención, la tratan con respeto, toman en cuenta su situación familiar/ personal, le preguntan si quiere que la pareja la acompañe a la consulta).
- Trato del personal administrativo (Indicadores: la saludan al llegar, le dan información sobre los trámites a realizar, tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas, la tratan con respeto).
- Claridad e información en las consultas (Indicadores: los médicos/as le explicaron lo que le iban a hacer, le preguntaron si tenía dudas o preguntas, le dieron respuesta clara a sus dudas o preguntas, le explicaron riesgos y efectos de los tratamientos que le recetan, pudo formular preguntas, se fue de la consulta con la sensación de haber resuelto lo que necesitaba resolver).

DIMENSIÓN TÉCNICA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN: Indicadores: tiempo transcurrido entre el día que le dan un turno y el día que la atienden, tiempo que transcurre desde que llega al establecimiento hasta que entra a la consulta, tiempo que dura la consulta con el profesional, tiempo transcurrido entre la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos y expectativas sobre el tiempo de espera en cada situación.

#### DIMENSIÓN AMBIENTAL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN:

- Privacidad (Indicadores: salió, entró o hubo gente en el consultorio, había un lugar para desvestirse sin que nadie la vea, se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes).
- Instalaciones (Indicadores: limpieza de la sala de espera, limpieza de consultorios, limpieza de baños, comodidad de la sala de espera, comodidad de los consultorios, disponibilidad de ascensores y señalización del establecimiento).

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN: Indicadores: Recibió información o no en carteles folletos, pósteres, etc., sobre : Métodos anticonceptivos, ley de Salud Reproductiva y Procreación responsable, VIH/sida, anticonceptivos para adolescentes, derechos sexuales y reproductivos, ligadura de trompas, violencia, anticoncepción de emergencia, enfermedades de transmisión sexual, Papanicolaou, mamografía, autoexamen de mamas, menopausia; utilidad de la información de carteles y folletos.

En el anexo se puede observar la versión final del cuestionario, tal como fue utilizada en el trabajo de campo de esta investigación. Con el propósito de conocer el perfil de las entrevistadas fueron agregadas además las preguntas correspondientes a la historia reproductiva y al nivel socioeconómico (Véase Anexo).



## **LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA “CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DERECHOS: EVALUACIÓN DE USUARIAS DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL ARGERICH, CIUDAD DE BUENOS AIRES”**

En la cuarta parte, se desarrollan los puntos referentes a la investigación empírica. En primer lugar, se señala el diseño metodológico. Luego, se desarrolla el análisis de los datos; para esto se describe primero la composición sociodemográfica de la muestra y luego las evaluaciones de las dimensiones de calidad de atención relevadas.

### **Diseño metodológico**

En este capítulo, se especifican el objetivo general y los específicos, las hipótesis de trabajo y la metodología. Se describen además los detalles sobre el ámbito de estudio y sobre la dinámica del trabajo de campo. Y por último, algunas consideraciones sobre el tratamiento y análisis de la información.

El diseño es descriptivo. Si bien un diseño descriptivo no busca explicar en el sentido de contrastar hipótesis —lo que según Sierra Bravo (1994) exigiría la preparación de muestras específicas formadas por los subgrupos diversos exigidos por dicho contraste— el interés de este trabajo es tener en cuenta la influencia de las variables en la interpretación de los resultados, con el objetivo de facilitar el enunciado de hipótesis más robustas en investigaciones posteriores.

No se trata de un diseño explicativo orientado al contraste de hipótesis analizando causas y efectos, sino que pretende describir los rasgos del fenómeno a partir de la observación de los objetos de investigación, tal como existen en la realidad, sin intervenir ni manipularlos. Este diseño permite, a través de la encuesta como técnica de recolección de los datos, observar a la vez muchas variables de los individuos que forman los grupos observados (Sierra Bravo, 1994).

Respecto del ámbito en el cual se desarrolló la investigación, el Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” fue seleccionada por dos criterios: un criterio referido a la ubicación dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otro relacionado con la particular población que concurre.

En cuanto al primer criterio, cabe destacar que el hospital y los Centros de Salud y Acción Comunitaria que conforman el Área Programática —CeSAC N° 9, CeSAC N° 15 y CeSAC N° 41— se ubican en los barrios de La Boca y San Telmo, que —entre otros barrios— presentan los peores indicadores socioeconómicos de la Ciudad de Buenos Aires (Ministerio de Salud GCBA, 2008).

En lo que respecta al segundo criterio, se trata de una demanda muy diversa. Las dimensiones de esa diversidad son el lugar de residencia (personas que residen en el barrio en el cual están emplazados los establecimientos y, dado que es un hospital de los denominados “de frontera”, otras que residen en el conurbano); la nacionalidad (usuarias argentinas y de América latina, principalmente de países limítrofes); y el tiempo de atención en el hospital y CeSAC (hay una población con una prolongada atención, en general son los que residen cerca del hospital, y otra, en general migrante, con una antigüedad menor).

### **Objetivo general**

Conocer y describir la evaluación de la calidad de atención en salud y derechos sexuales y reproductivos de las usuarias que concurren a los servicios de Salud Reproductiva y Adolescencia del Hospital de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y a los Centros de Salud y Acción Comunitaria del Área Programática (CeSAC N° 9, CeSAC N° 15 y CeSAC N° 41).

### **Objetivos específicos**

- a. Describir el grado de satisfacción de las usuarias con la atención recibida.
- b. Describir las opiniones de las usuarias acerca de la calidad interpersonal (trato e información), técnica (tiempos de espera) y ambiental (privacidad e instalaciones) de esos establecimientos.
- c. Describir la información recibida por las usuarias en las consultas a las que asistieron.
- d. Describir las opiniones de las usuarias acerca de la utilidad del material de comunicación en salud y derechos sexuales y reproductivos presente o recibido en esos establecimientos.
- e. Describir el perfil socioeconómico de las usuarias que concurren a estos establecimientos.
- f. Describir la historia reproductiva de las usuarias que concurren a estos establecimientos.

### **Hipótesis**

Los estudios descriptivos son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales a priori. De ellos se derivan, frecuentemente, eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas empíricamente en investigaciones posteriores. No obstante, pueden presentarse hipótesis de trabajo que juegan el papel de conjeturas sobre las características que se van a incluir de modo que la descripción sea válida (Borsotti, 2007). Las hipótesis de trabajo que guían el estudio son:

H1. La calidad de atención percibida por las usuarias varía según las diferentes dimensiones (interpersonal, técnica y ambiental): las usuarias evaluarán mejor la dimensión interpersonal que la ambiental y la técnica.

H2. La calidad de atención percibida por las usuarias varía conforme a la variable independiente “nivel de atención” (hospital/centro de salud): la calidad de atención será mejor evaluada en los centros de salud —enmarcados en un paradigma de Atención Primaria de la Salud, que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y el conjunto social, extendiendo el sistema sanitario a las viviendas— que en los hospitales, donde además de ser mayor el número de usuarias y, en consecuencia, menor el tiempo de atención, es menos frecuente la realización de actividades extramuros.

H3. El perfil socioeconómico y la historia reproductiva de las usuarias que concurren al Hospital o a los CeSAC son similares, ya que conforman el Área Programática.

### **Metodología y técnica de relevamiento**

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo.

DATOS: primarios.

MUESTRA: no probabilística casual.

Teniendo en cuenta que un posible sesgo en la distribución de la muestra puede ser dado por el día y el horario al que la usuaria asiste a la consulta (que puede estar relacionado a la situación ocupacional, a la cantidad de hijos, a la disponibilidad de medios de transporte, entre otras) las entrevistas se realizaron en los diferentes días que el establecimiento estuvo abierto. Lo mismo se aplicó al realizar las entrevistas en los diferentes momentos del día. En base al horario de atención de cada establecimiento se distribuyó la cantidad de entrevistas a realizar a lo largo de la jornada, con el propósito de evitar esos sesgos.

CRITERIO DE SELECCIÓN DE LAS ENTREVISTADAS: usuarias de los servicios de Salud Reproductiva y Adolescencia del Hospital y usuarias de los centros de salud que realizaron consultas sobre salud sexual y reproductiva, entre los meses de septiembre a diciembre de 2009 y que habían concurrido al menos dos veces anteriormente. Fueron excluidas aquellas que no concurrieron al establecimiento previamente y quienes concurrieron a acompañar a otra persona pero no efectuaron ninguna consulta en el/los servicio/s o centros.

TÉCNICA DE RELEVAMIENTO: encuesta “de salida”, estructurada cara a cara, formada por preguntas cerradas y abiertas. La duración promedio fue de 10 minutos.

TRABAJO DE CAMPO: 16 de septiembre al 16 de diciembre de 2009.

Si bien lo anteriormente descripto son los lineamientos principales, durante la concurrencia al hospital y a los centros de salud también se hicieron observaciones del lugar.

La investigación se centra en las usuarias, dado que en los meses del trabajo de campo no asistió ningún varón a los establecimientos en los cuales se realizó la recolección de los datos. Dado el conocimiento previo de esa situación, el diseño fue pensado exclusivamente para usuarias, y se consideró la realización de una entrevista en profundidad, para realizar un análisis que destaque la particularidad del caso, si hubiera varones. No obstante, no se realizaron entrevistas a varones ya que, si bien algunos concurrían —principalmente en el servicio de Adolescencia del Hospital Argerich—, lo hacían acompañando a sus parejas y no motivados por una consulta propia, o por consultas no relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

### **Ámbito de estudio y dinámica del trabajo de campo**

En lo que respecta al ámbito de estudio, cabe recordar que el Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” contiene aproximadamente 150 mil habitantes en su zona de influencia, provenientes mayormente de los barrios La Boca, San Telmo, Barracas, Constitución y la zona sur del conurbano bonaerense.

El Hospital Argerich es un hospital escuela, de alta complejidad. Sus servicios incluyen todas las especialidades y es centro de capacitación, formación y docencia de los estudiantes que cursan la carrera de Medicina. Cuenta además con la Fundación Hospital Argerich, creada para complementar las tareas de investigación científica, tecnológica, docente, educación comunitaria y profesional y promoción cultural (<http://fhargerich.org.ar/>). Fue constituida en el 2004, y articula su labor por medio de seis Comisiones: Docencia e Investigación, Becas y Premios, Acción Social y Comunitaria, Actividades Culturales, Relaciones Institucionales y Acción Hospitalaria.

El Área Programática comprende tres Centros de Salud y Acción Comunitaria de referencia: el CeSAC N° 9, el CeSAC N° 15 y el CeSAC N° 41.

Dar cuenta de la dinámica del trabajo de campo en establecimientos de salud públicos implica referirse a dos cuestiones: el acceso al servicio y la recolección de información (Ramos et al, 2000).

El proceso para acceder a los establecimientos, para obtener el “permiso de entrada” al hospital y a los centros de salud fue el siguiente:

1. Un contacto telefónico para coordinar una entrevista con el profesional a cargo del servicio o institución. Las entrevistas con los profesionales fueron realizadas luego de un mes aproximadamente de esa primera comunicación telefónica.
2. En la primera reunión con el jefe/a del servicio o responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del CeSAC/servicio se presentó formalmente el estudio y los objetivos de éste, y se entregó una copia del proyecto de tesis y del instrumento de medición.

3. En uno de los centros, hubo un segundo encuentro con la Directora del CeSAC; en otro, la reunión con el Director siguió a la reunión con los profesionales dedicados a salud reproductiva; y en los demás, fueron los profesionales quienes se comunicaron con los Directores para obtener el permiso de entrada.
4. En todos los casos, se encontró buena disposición e interés de parte de los profesionales para la realización del trabajo de campo en los establecimientos.
5. También se contactó telefónicamente a las autoridades del Área Programática del Hospital Argerich, quienes autorizaron la realización de las encuestas en los establecimientos, previo envío por mail del proyecto de tesis.
6. En el Hospital Argerich, el proyecto también fue presentado en el Comité de Ética y en el Comité de Docencia.

Tanto en lo referente al permiso de entrada, como a la recolección de la información, profesionales, personal administrativo y auxiliares de los establecimientos colaboraron desinteresadamente y con un fuerte compromiso con la temática. Cabe aclarar que no se solicitó a los profesionales que mencionaran en la consulta con las usuarias la realización de la encuesta a fin de evitar el “sesgo de cortesía”, ampliamente reseñado en la bibliografía.

En la etapa previa a la realización del trabajo de campo, también se presentó el proyecto a las coordinadoras del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires, quienes demostraron muy buena disposición y colaboraron en el desarrollo de este trabajo aportando datos del programa, bibliografía y experiencias de trabajo.

En cuanto a la segunda cuestión mencionada, la recolección de la información, hubo variaciones en la situación de entrevista de acuerdo a la estructura edilicia y los hábitos de cada uno de los establecimientos. Se describe a continuación la modalidad adoptada en la realización de las encuestas de acuerdo a la ubicación de los consultorios en cada centro asistencial, y un punteo de las dimensiones observadas. Cabe aclarar que si bien no se trató de una observación sistemática, se describen las observaciones considerando tres categorías: la composición del equipo de trabajo de cada establecimiento, la realización de actividades de promoción grupales (talleres, charlas), y la disponibilidad de carteles o pósteres en el establecimiento (considerando la ubicación y los temas abordados). Para esta descripción, se ordenaron los centros y servicios en relación a la cronología que siguió la realización del trabajo de campo, ya que las experiencias de cada establecimiento fueron utilizándose como aprendizaje para la realización de las encuestas en los demás.

El CeSAC N°15 está ubicado en el barrio de San Telmo, en la calle Humberto 1° 470. El área de cobertura es alrededor de 100 manzanas ubicadas entre las calles Paseo Colón, Bernardo de Irigoyen, Av. Belgrano y Brasil. Atienden a unas 500 personas del barrio Rodrigo Bueno, un asentamiento ubicado en la Costanera Sur de la Ciudad.

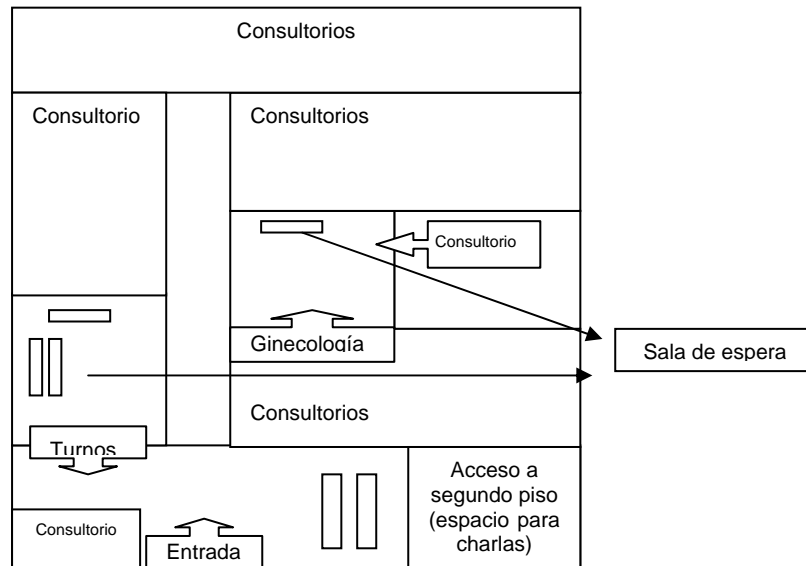
Cuenta con las siguientes especialidades: Clínica Médica, Pediatría, Odontología, Psicología, Psiquiatría, Sociología, Ginecología, Obstetricia, Nutrición, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, y Enfermería.

Además del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, se implementan Adolescencia, Promoción y Fortalecimiento de la Lactancia Materna, Inmunizaciones, Dación de Leche, Redes Solidarias, Juegoteca de San Telmo, y cursos de capacitación en Psicoprofilaxis de Embarazo, Parto. Es, además, Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del VIH-sida (CePAD), por lo tanto se realiza el test del VIH/sida con asesoramiento antes o después de éste; informa, brinda material y entrega de preservativos.

La edificación es antigua, de dos plantas. Dada la disposición edilicia de este centro, las usuarias de ginecología —donde se realizan las actividades del Programa de Salud Sexual y Reproductiva— esperan en una sala cercana al consultorio y casi exclusiva (en la práctica) a

ese servicio, por esta razón las encuestas fueron realizadas en el pasillo de salida de esa sala, cuando las mujeres se retiraban de la consulta. Esto hizo que la identificación de las usuarias que concurren a ginecología fuera más sencilla que en otros establecimientos, reduciendo los tiempos del trabajo de campo. Además de esa ventaja, incidió en la elección del lugar para la realización de las encuestas la disposición de la puerta de salida, inmediata a la vereda —que es muy angosta—, lo cual dificultaba el relevamiento de datos en el exterior del centro de salud. En la imagen se grafica el lugar para una mejor interpretación:

Gráfica CeSAC N° 15



En lo que refiere al equipo de trabajo, el servicio cuenta con dos ginecólogas permanentes y una transitoria que desarrollan las tareas como equipo, es decir, trabajan en el mismo horario, en el mismo consultorio dividido en dos bloques, para permitir la atención paralela de dos usuarias. Además, algunos días se pudo observar la colaboración de residentes llamando a las usuarias a la consulta de acuerdo a los turnos. También hay profesionales de ciencias sociales que se encargan de actividades de promoción y consejería.

En este centro, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva se implementa hace 20 años, lo cual se refleja en la antigüedad de concurrencia de gran parte de las usuarias; además parte del equipo realiza tareas desde ese momento inicial, consolidando, desde entonces, una relación con las usuarias más antiguas.

Se realizan talleres de salud sexual y reproductiva, talleres para asesoramiento en anticoncepción a adolescentes y talleres de nutrición para madres. El taller de salud sexual y reproductiva se realiza los días jueves, en el primer piso, para aquellas mujeres que van a comenzar a atenderse en ginecología. Luego del taller —de dos horas de duración aproximadamente—, pueden optar por bajar al consultorio de ginecología y ser atendidas inmediatamente, o solicitar un turno para continuar con la consejería o administración de métodos anticonceptivos. En el resto de los casos de usuarias con historia clínica en el CeSAC, es decir, aquellas que concurrieron al menos una vez, se trabaja con turno programado y con demanda espontánea, indistintamente, y a elección de las usuarias.

En palabras de los profesionales, “se prioriza la salud y la entrega de MAC, no hay horarios, si viene sin turno con una urgencia se atiende como eso, una urgencia”. En la entrevista, mencionaron que consideran el momento de entrega de MAC como la oportunidad de realizar chequeos, para lo cual controlan los plazos de realización de Pap, control de mamas y testeo de VIH de las usuarias que retiran métodos, y les informan si es necesario volver a realizar los estudios. En este sentido, entienden la salud integral, por lo tanto, cuando las usuarias van a buscar un método anticonceptivo “aprovechan” la oportunidad para los

estudios, para conversar tratando de detectar situaciones de violencia o maltrato, y para reforzar consultas con otros especialistas para su mejor atención. Señala la ginecóloga “no somos un quiosco de entrega de métodos”.

En cuanto a los carteles, están ubicados en la primera sala de espera (ver esquema anterior), que no es la sala más utilizada por las usuarias de ginecología; y los temas refieren a violencia hacia la mujer, anticoncepción hormonal de emergencia, información sobre los distintos métodos anticonceptivos, información para casos de violación, información sobre el derecho a la atención gratuita de la salud y afiches sobre los beneficios de la lactancia materna. También carteles realizados por el equipo del CeSAC promocionando las actividades, talleres y charlas que se realizan.

El CeSAC N°9 está ubicado en el barrio de La Boca, en la calle Irala 1254, en un edificio nuevo de dos plantas construido para esta finalidad.

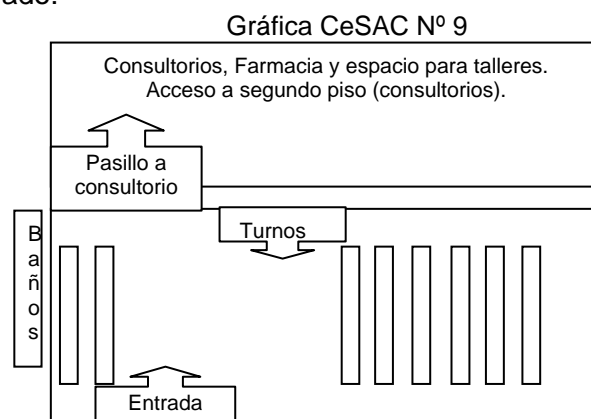
Cuenta con las siguientes especialidades: Atención de la mujer embarazada; Seguimiento integral del niño; Procreación responsable; Inmunizaciones. Y se realizan también actividades de Dación de Leche, Crecimiento y desarrollo, Lactancia, Estimulación temprana, Prevención de accidentes, Conocimiento del aparato reproductor, Métodos anticonceptivos, Psicoprofilaxis del embarazo y Puerperio, Asesoramiento nutricional de comedores.

Además del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, se implementa Clínica Médica, Pediatría, Psicología, Sociología, Ginecología, Obstetricia, Trabajo Social, Psicopedagogía, Enfermería, y es CePAD.

Dada la disposición de la sala de espera y los consultorios, fue más difícil que en otros establecimientos identificar quiénes concurrían por ginecología, salud sexual y reproductiva y entrega de métodos; lo cual demoraba el contacto con las entrevistadas. Esto es, al preguntar a todas las mujeres que salían del pasillo de los consultorios si se habían atendido o no en estos servicios, se perdía más tiempo, y algunos contactos, dado que son de distintas especialidades los médicos que atienden en forma paralela.

En este centro, se realizaron algunas entrevistas dentro del establecimiento —en una ubicación cercana a la puerta de salida—, y otras se realizaron en un espacio existente entre la puerta de entrada y la vereda, principalmente cuando en el centro había mucha gente en sala de espera y la presencia de encuestadora y encuestada dificultaba el paso o, en el caso opuesto, cuando había muy poca gente en la sala de espera y se escuchaban las preguntas y respuestas.

La siguiente imagen pretende graficar el lugar para una mejor interpretación de lo anteriormente señalado:



En lo que se refiere al equipo de trabajo, hay dos ginecólogas, que atienden en diferentes horarios de forma independiente. Además, el equipo está conformado por profesionales de ciencias sociales que realizan actividades de promoción y consejería, y están capacitados para entregar algunos métodos anticonceptivos, agilizando así la atención y cubriendo mayor tiempo de atención en lo que refiere a salud sexual y reproductiva.

Se realizan talleres sobre maternidad, sexualidad y métodos anticonceptivos.

En cuanto a los carteles, están ubicados en la sala de espera y los temas refieren a prevención del VIH, violencia hacia la mujer, información sobre la central de llamadas para mujeres víctimas de violencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. También carteles realizados por el equipo del CeSAC promocionando las actividades, talleres y charlas que se realizan en el establecimiento, referentes a otras áreas como, por ejemplo, juegos para niños, nutrición y talleres para la tercera edad.

El CeSAC N°41 está ubicado en el barrio de La Boca, en la calle Ministro Brin 843, en un edificio nuevo de dos plantas construido para esa finalidad hace poco tiempo, ya que fue el último centro inaugurado en la Ciudad de Buenos Aires.

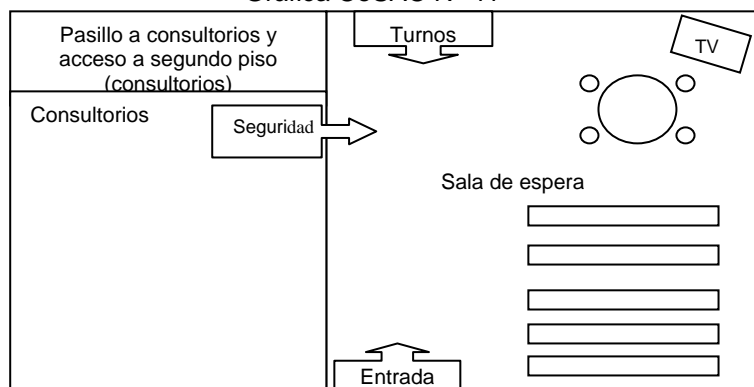
Abrió sus puertas en mayo de 2008, luego de más de un año de finalizada la obra edilicia pero sin personal para desempeñar las tareas. Personal del hospital, organizaciones barriales y vecinos de La Boca, Barracas, San Telmo y Monserrat realizaron reclamos en reiteradas oportunidades ante esa situación ([www.alertamilitante.com.ar/nota/547](http://www.alertamilitante.com.ar/nota/547)).

Cuenta con las siguientes especialidades: Medicina Familiar, Clínica Médica, Pediatría, Adolescencia, Ginecología, Obstetricia, Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía, Odontología, Farmacia, Ciencias de la Educación, Antropología, Trabajo Social, Sociología, Nutrición, Enfermería, Kinesiología, Fonoaudiología. Además del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, y demanda programada y espontánea por especialidad, se implementan los programas Tuberculosis, Salud Ambiental, Salud Mental, Salud Bucal, Adicciones, Materno Infantil (lactancia, crianza, vigilancia nutricional, embarazo y puerperio).

Dada la disposición del edificio y la menor demanda, la modalidad adoptada para la realización de las entrevistas fue diferente a los anteriores centros y todas las encuestas fueron realizadas en la vereda del establecimiento —muy amplia y con escasos transeúntes— dado que el espacio de la sala de espera está muy cercana al personal administrativo y al personal de seguridad, y hay bancos para adultos y mesas con sillas para niños que cubren casi la totalidad del espacio. Además —al tener pocos meses de actividad— es menor la concurrencia a este CeSAC, por lo que en la sala de espera con frecuencia había poca gente, y era más reservado realizar la encuesta en el exterior del establecimiento.

La siguiente imagen pretende graficar el lugar para una mejor interpretación de lo anteriormente señalado:

Gráfica CeSAC N° 41



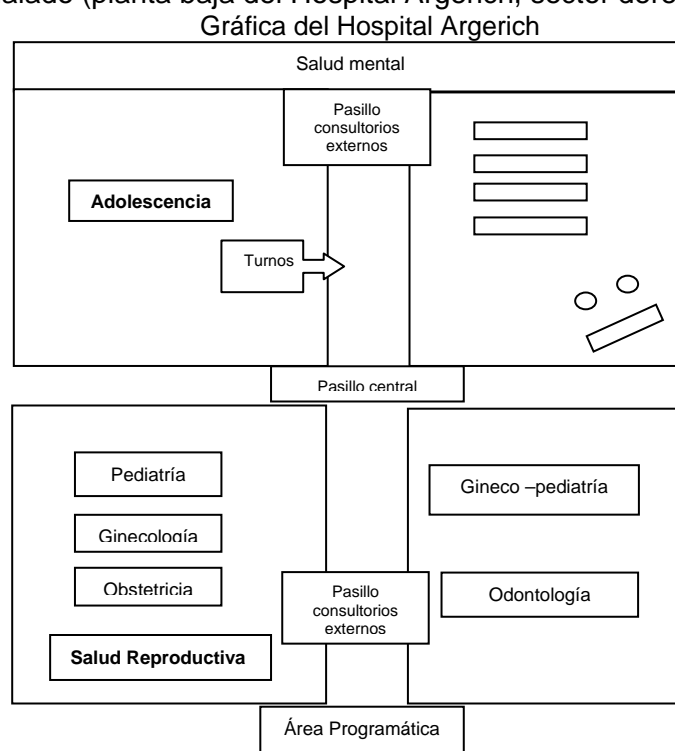
En lo que se refiere al equipo de trabajo, cuenta con una sola ginecóloga permanente y una ginecóloga temporaria. La demanda aún es menor que en otros centros, muchas de las mujeres que concurren al CeSAC todavía no se habían atendido en ginecología (concurren principalmente a pediatría y por la entrega de leche para los niños/as que se realiza en el centro), o era la primera vez que concurrían. Paralela a esa menor concurrencia puede mencionarse un mayor desconocimiento del servicio: ante la pregunta sobre concurrencia a salud sexual y reproductiva, ginecología o entrega de métodos, mencionaban no saber qué era, o que nunca se habían atendido o tomado métodos anticonceptivos. Puede decirse, por tanto, que estaría cubriendo parte de una población cautiva; reflejado esto en una creciente demanda, ya que muchas de las usuarias que concurrían por primera vez mencionaron la dificultad de conseguir turnos en el corto plazo.

En este centro, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva se implementa desde la inauguración del CeSAC. Se realizan talleres de salud sexual y reproductiva, consejería sobre métodos anticonceptivos, y talleres recreativos para niños/as.

En cuanto a los carteles, están ubicados en las paredes de la sala de espera, y los temas refieren a información sobre métodos anticonceptivos, información y beneficios de la lactancia materna, información para casos de violencia, alertas sobre las campañas de vacunación, dengue y gripe A.

El Hospital Argerich está ubicado en el barrio de La Boca, y tanto el servicio de Adolescencia como el de Salud Reproductiva están situados en la planta baja. La dinámica de realización de las encuestas fue similar en los dos servicios. La modalidad adoptada fue la de esperar a la salida de los respectivos consultorios y realizar las encuestas en el pasillo. En el servicio de Adolescencia, fue más cómodo dado que hay menos consultorios de otras especialidades cerca y había espacio suficiente. En Salud Reproductiva, al ser el último consultorio del pasillo, y tener delante y enfrente otros consultorios con mucha demanda, fue más difícil realizar las encuestas en el pasillo; no obstante, era el único lugar posible.

La siguiente imagen pretende graficar el lugar para una mejor interpretación de lo anteriormente señalado (planta baja del Hospital Argerich, sector derecho):





En lo que se refiere al equipo de trabajo, el servicio de Adolescencia, además de por ginecólogas está conformado por seis pediatras que en palabras de los profesionales “también saben mucho sobre salud sexual y reproductiva y lo aplican, si no estamos nosotras ellos también entregan métodos anticonceptivos, asesoran”. En el equipo, hay otros seis profesionales dedicados a la realización de talleres en sala de espera, una socióloga, un profesional de trabajo social, una secretaria administrativa, y residentes.

En el servicio de Salud Reproductiva, hay distintos médicos/as en los diferentes días, algunos con atención especializada, por ejemplo, en colocación de DIU. También hay enfermeras que realizan el control de las embarazadas (control de peso y de presión arterial), antes que ingresen a la consulta con los profesionales de salud reproductiva.

En el servicio de Adolescencia, dos o tres veces por semana, se realizan talleres de salud sexual y reproductiva en sala de espera, bajo distintas modalidades, instando a la participación a adolescentes y adultos acompañantes. Los efectores comentaron que en los últimos años hubo un fortalecimiento de las actividades de sala de espera en este servicio, ya que consideran que se trata del primer momento de la consulta. En los días que demandó el relevamiento en el servicio de Salud Reproductiva, no se realizaron talleres.

En cuanto a la cartelería, hay un cartel en la puerta del servicio de Adolescencia que enuncia “Vení a pedir información sobre salud sexual y reproductiva para prevenir embarazos, situaciones de abuso, es un derecho ser atendido solo, sola o con la persona que elijas”. En el servicio de Salud Reproductiva, en la puerta, están los horarios de atención y el cartel con el nombre del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Cabe destacar, en general a todos los establecimientos, la escasa tasa de rechazo de las usuarias a responder la encuesta, las pocas que lo hacían referían tener otros turnos o tener que ir a realizar algún estudio o control en otro consultorio, o la salida de hijos/as del colegio.

Cómo se mencionó antes, es mayoritaria la presencia de mujeres en estos servicios. Fueron pocos los varones en la sala de espera, y en el caso de estar era como acompañantes de sus parejas. En el servicio de Adolescencia, las menores de 15 años estaban acompañadas por sus madres y en algunos casos también por la pareja. Si bien algunas entrevistadas manifestaron que les preguntaron si querían que su pareja las acompañara a la consulta, eran muchas las adolescentes que estaban con las madres en la sala de espera y luego en la consulta. No obstante, en algún momento de la consulta las adolescentes quedan a solas con los profesionales. El varón acompañando a sus parejas era más frecuente en las consultas de control del embarazo, que las relacionadas con MAC.

Por último, para finalizar la descripción de la dinámica de trabajo, basta agregar que en todos los casos, al leer la consigna y el consentimiento informado, se hizo hincapié en que el estudio no pertenecía al hospital o CeSAC, sino que era un trabajo de investigación. Es uno de los recursos metodológicos mencionados por la bibliografía (Manzelli et al, 2004) para paliar parcialmente los efectos del sesgo de cortesía.

En cuanto al promedio de encuestas realizadas, en los CeSACs fue de 6,25 por día, y en el los servicios del hospital de 13. Considerando conjuntamente, el número promedio de encuestas realizadas diariamente fue 9,62. El número mínimo es 3 y el número máximo 16. El valor máximo se debe a que los servicios del hospital atendían más horas diarias que en los CeSACs.

### **Tratamiento y análisis de la información**

Antes de realizar las entrevistas se comentó el objetivo de la investigación y se leyó el formulario de Consentimiento Informado, que se detalla a continuación:

*La investigación pretende conocer la percepción de las usuarias acerca de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva de algunos hospitales y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires.*

*Este establecimiento ha sido seleccionado para realizar las entrevistas a las usuarias. Realizaremos también observaciones del lugar. La encuesta es confidencial y ninguna persona por fuera del equipo conocerá sus respuestas.*

*Su participación en esta entrevista es voluntaria, y puede detenerse en cualquier momento. Cualquier duda que tenga, por favor pregúnteme. No es necesario que responda si una pregunta le hace sentir incomodidad.*

*La encuesta durará aproximadamente 10 minutos.*

Se editó (evaluación lógica y formal del instrumento) el cien por ciento del material. Se categorizaron y codificaron las preguntas abiertas y las opciones de “otras respuestas”. La información se ingresó al paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Se realizó un proceso de *clean up* previo al plan de cruces.

Las variables de corte fueron: Nivel de atención: CeSAC - Hospital; Edad: recategorizada en Jóvenes (Hasta 25 años) - Adultas (26 años y más); Nivel socioeconómico: recategorizada en Medios/bajos - Marginal; y Frecuencia de concurrencia al servicio en los últimos dos años: Usuarias esporádicas (Hasta 4 veces en los últimos dos años) - Usuarias frecuentes (Más de 4 veces en los últimos dos años).

El análisis consistió en la obtención de resultados de la evaluación de la calidad de atención, para cada uno de los ítems de las dimensiones de calidad relevadas por el cuestionario, por medio de distribuciones de frecuencia y tablas bivariadas.

### **Análisis de datos de la calidad de atención**

El capítulo de análisis se presenta en dos apartados. En el primero, se describen los perfiles sociodemográfico y reproductivo de las mujeres encuestadas. En el segundo, se analizan los resultados de la evaluación de las dimensiones de la calidad de atención (evaluación global, dimensión interpersonal, dimensión técnica, dimensión ambiental y educación y comunicación).

Los resultados del análisis refieren a las hipótesis de trabajo que guiaron el estudio. Así, la primera sección remite a la hipótesis de trabajo (H3), según la cual el perfil socioeconómico y la historia reproductiva de las usuarias que concurren al Hospital o a los CeSAC son similares, ya que conforman la misma Área Programática. La segunda sección remite a la hipótesis (H1), según la cual la calidad de atención percibida por las usuarias varía según las diferentes dimensiones (interpersonal, técnica y ambiental), y las usuarias evaluarán mejor la dimensión interpersonal que la ambiental y la técnica; y, por último, a la hipótesis (H2), que plantea la variación de la calidad de atención, conforme a la variable independiente “nivel de atención”: la calidad de atención será mejor evaluada en los centros de salud —enmarcados en un paradigma de Atención Primaria de la Salud, que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y el conjunto social, extendiendo el sistema sanitario a las viviendas—, que en los hospitales, donde además de ser mayor el número de usuarias y, en consecuencia, menor el tiempo de atención, es menos frecuente la realización de actividades extramuros.

Complementariamente, y para comprender mejor la evaluación de la calidad de atención se considerarán en el análisis las variables independientes edad, nivel socioeconómico y frecuencia de concurrencia a los servicios/centros.

A lo largo del capítulo, se usará indistintamente CeSAC o centro, y Hospital o servicio, se omite el símbolo N<sup>o</sup> al mencionar cada CeSAC para facilitar la lectura.

### Los perfiles sociodemográfico y reproductivo

En esta sección, se describe en primer lugar el perfil sociodemográfico de las mujeres encuestadas. A continuación, y con el propósito de completar la caracterización de las usuarias entrevistadas se describe el perfil reproductivo. Cabe señalar que como consecuencia del diseño muestral adoptado, el alcance de los datos de los perfiles se acota a las 250 usuarias entrevistadas.

Para describir el perfil sociodemográfico de las entrevistadas, se consideraron las variables edad, lugar de residencia y nivel socioeconómico.

La variable edad fue preguntada en valores absolutos. El lugar de residencia indagó el barrio o partido donde vivía, al momento de realizar la encuesta, la usuaria entrevistada. La variable fue recodificada en dos categorías, Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Para relevar el nivel socioeconómico, se utilizó el índice<sup>20</sup> del año 2002 (NES 2002) elaborado por la Asociación Argentina de Marketing (AAM). Esta conceptualización define al nivel socioeconómico como una integración de dos dimensiones, una social y otra económica, reflejada a través de las siguientes variables:

- La dimensión social, a través de la educación del Principal Sostén del Hogar (PSH)<sup>21</sup> y el nivel de cobertura médico asistencial.
- La dimensión económica, a través de la ocupación del PSH, la ocupación del segundo aportante, el patrimonio del hogar y la disponibilidad de vehículo.

Se aplica un sistema de puntajes por sumatoria simple de todas las dimensiones y de acuerdo al resultado de esa sumatoria se distinguen los estratos, conforme a las siguientes alternativas: Alto 1 (57 a 100 puntos —puntaje máximo de la sumatoria—); Alto 2 (48 a 56 puntos); Medio alto (37 a 47 puntos); Medio típico (29 a 36 puntos); Bajo superior (17 a 28 puntos); Bajo inferior (12 a 16 puntos); y, Marginal (0 a 11 puntos). (Véase Cuestionario en Anexo para mayor detalle del puntaje asignado a cada variable).

El cuadro siguiente ilustra el perfil sociodemográfico de las usuarias entrevistadas:

Cuadro 1. Composición de la muestra	Total muestra (n: 250) %
<b>EDAD</b>	
13 a 18	14,8
19 a 25	35,6
26 a 35	31,2
36 a 45	12,8
46 a 55	4,4
56 y más	1,2
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	
Ciudad de Buenos Aires	75,6
Gran Buenos Aires	24,4

<sup>20</sup> . Un índice es un número constituido por la sumatoria de los puntajes obtenidos al procesar los resultados de una encuesta, a partir de la aplicación de una tabla de clasificación a cada una de las distintas variables que lo integran (Babbie, 1996).

<sup>21</sup> . El PSH es el miembro del hogar que aporta más al presupuesto familiar a través de su ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso.

<b>Cuadro 1. Composición de la muestra (continuación)</b>	Total muestra (n: 250) %
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	
Alto 2	1,2
Medio alto	2
Medio típico	6
Bajo superior	17,6
Bajo inferior	25,6
Marginal	47,6
<b>NIVEL EDUCATIVO DE LA ENTREVISTADA</b>	
Primario incompleto	6,8
Primario completo	20,8
Secundario incompleto	35,6
Secundario completo	26,8
Terciario incompleto	2,8
Terciario completo	2
Universitario incompleto	4,4
Universitario completo	0,4
Postgrado	0,4
<b>NIVEL EDUCATIVO DEL PRINCIPAL SOSTÉN DEL HOGAR</b>	
Primario incompleto	4,8
Primario completo	25,7
Secundario incompleto	35,2
Secundario completo	28,6
Terciario incompleto	2,4
Terciario completo	1,4
Universitario incompleto	1,4
Universitario completo	0,5
<b>OCUPACIÓN DE LA ENTREVISTADA</b>	
Autónomos especializados -Empleados sin jerarquía	3,1
Obreros calificados	1,5
Autónomo no calificado - Personal no calificado	23,1
Ocupación informal	2,4
Pasivos - Inactivos	2,9
Desocupados	3,9
Estudiante	13,2
Ama de casa	49,9
<b>OCUPACIÓN DEL PRINCIPAL SOSTÉN DEL HOGAR</b>	
Profesional independiente - Jefes intermedios	0,8
Técnicos independientes - En relación de dependencia	0,4
Comerciantes, artesanos, empleados especializados	9,6
Autónomos especializados -Empleados sin jerarquía	17,2
Obreros calificados	26,8
Autónomo no calificado - Personal no calificado	32
Ocupación informal	10
Pasivos - Inactivos	2,4
Desocupados	0,8
<b>COBERTURA MÉDICA</b>	
Medicina prepaga/obra social	20
Hospitales públicos	80
<b>POSESIÓN DE BIENES EN EL HOGAR<sup>22</sup></b>	
Computadora	17,2
Conexión a Internet desde el hogar	12
Tarjeta de débito	8
Automóvil	4,4

<sup>22</sup>· El complemento a 100% corresponde a las categorías "No posee" y "Ns/Nc".

Se detallan a continuación, las distribuciones de frecuencias obtenidas para cada una de las variables mencionadas en los cinco lugares en los que se realizó el relevamiento de datos.

La distribución de la variable edad de las entrevistadas que asisten a los CeSACs 9 y 15, y al servicio de Salud Reproductiva es similar: las entrevistadas menores de 18 años no alcanzan el 5%, las entrevistadas de 19 a 25 años y de 26 a 35 años concentran más de un tercio de la muestra en cada rango etario. El 14% de las usuarias, en los tres servicios, manifestó tener entre 36 y 45 años. El complemento a 100 corresponde al resto de las categorías. En el CeSAC 41 la muestra presenta mayor distribución de casos en los rangos de edad. En el servicio de Adolescencia, como era esperable de acuerdo a la población que demanda este servicio, el 98% de las encuestadas tienen hasta 25 años.

La distribución según los intervalos de edad de las entrevistadas es la siguiente:

**Cuadro 2.** Distribución de frecuencias de edad de la entrevistada según servicio/centro

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Hasta 18 años	15	4	4	10	52	4
De 19 a 25 años	36	34	40	22	46	36
De 26 a 35 años	31	40	34	36	2	44
De 36 a 45 años	13	14	14	22	-	14
De 46 a 55 años	4	2	8	10	-	2
56 años y más	1	6	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Jóvenes (hasta 25 años)	50	38	44	32	98	40
Adultas (26 años y más)	50	62	56	68	2	60
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

En cuanto al lugar de residencia, las entrevistadas de los tres CeSACs (total 150) residían en la Ciudad de Buenos Aires. Mientras que las entrevistadas en los servicios del Hospital (sin diferencias entre Adolescencia y Salud Reproductiva), residían el 40% en la Ciudad de Buenos Aires, y el 60% en el Gran Buenos Aires. Se destacan, con mayor frecuencia de menciones, los partidos de Quilmes (9 entrevistadas), Avellaneda (7 entrevistadas), Florencio Varela (6 entrevistadas), Berazategui (6 entrevistadas), Burzaco (4 entrevistadas) y Bernal (4 entrevistadas). Los barrios de la Ciudad de Buenos Aires donde residen las entrevistadas son los aledaños a los centros de salud: La Boca, Constitución, Barracas, Pompeya y San Telmo. Con menos menciones, también hay otros barrios más alejados de los comprendidos en el Área Programática.

La variable nivel socioeconómico se presenta en primer lugar, de acuerdo al puntaje del índice de nivel socioeconómico, y luego, para una mejor comprensión de la composición de la muestra estudiada, se presentan las variables que componen dicho índice desagregadas.

Sólo al CeSAC 15 y a los servicios del hospital acudieron durante el trabajo de campo usuarias de niveles socioeconómicos altos y medios. De las entrevistadas que acudieron al CeSAC 15, el 22% tiene un nivel socioeconómico medio (10% medio alto y 12% medio típico). En el servicio de Adolescencia, tres entrevistadas tienen un nivel socioeconómico alto. Las entrevistadas de nivel medio típico llegan al 12% en el servicio de Adolescencia y al 6% en el de Salud Reproductiva. El resto de las entrevistadas, es de nivel socioeconómico bajo o marginal.

La categoría marginal es la que tiene mayores porcentajes en todos los servicios, llegando al 64% en el CeSAC 9, al 56% en el CeSAC 41, al 46% en el servicio de Salud Reproductiva, al 38% en el servicio de Adolescencia y al 34% en el CeSAC 15. Son los dos últimos los que presentan mayor heterogeneidad en la distribución. La distribución según el índice de nivel socioeconómico de las entrevistadas es la siguiente:

**Cuadro 3.** Distribución de frecuencias de nivel socioeconómico según servicio/centro

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Alto 1	-	-	-	-	-	-
Alto 2	1	-	-	-	6	-
Medio alto	2	-	10	-	-	-
Medio típico	6	-	12	-	12	6
Bajo superior	17	8	20	12	32	16
Bajo inferior	26	28	24	32	12	32
Marginal	48	64	34	56	38	46
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

En lo que respecta al nivel educativo, la distribución en el CeSAC 41 es más heterogénea, el mayor porcentaje de entrevistadas manifestó tener primario incompleto (20%). En el CeSAC 9, la mayoría de las entrevistadas tienen hasta secundario incompleto (76%). En el CeSAC 15 y en el servicio de Salud Reproductiva, cuatro de cada diez entrevistadas terminaron el secundario, categoría que concentra la mayor frecuencia en ambos servicios. En el servicio de Adolescencia, se registra el mayor porcentaje de usuarias con universitario en curso, pero el secundario incompleto es el modo de la distribución, con siete de cada diez entrevistadas, acorde a las características de la demanda que concurre a este servicio.

La tendencia se mantiene al observar el nivel educativo del principal sostén de hogar, la mayoría manifestó tener hasta secundario completo. Sólo en el CeSAC 15, el 23% de las entrevistadas manifestó que el nivel educativo del PSH era superior a secundario.

Estos resultados dan cuenta de alguna diferencia del CeSAC 15 respecto de los demás, que podría ser vinculada a la zona: los mejores niveles socioeconómicos, mayor inserción en el mercado laboral tanto de la entrevistada como del principal sostén del hogar pueden responder a la ubicación del CeSAC en el barrio de San Telmo, el cual tiene indicadores levemente superiores a La Boca y además se desarrollan muchas actividades vinculadas al turismo, como por ejemplo ferias de artesanos o la mayor posibilidad de conseguir trabajo regular en gastronomía, ocupaciones mencionadas por las entrevistadas.

Si se consideran —para comparar— los valores para la población mayor de quince años de la Ciudad de Buenos Aires, es mayor el porcentaje de entrevistadas con primario completo (21% entrevistadas vs 18% CABA), secundario incompleto (36% entrevistadas vs 17% CABA) y secundario completo (27% entrevistadas vs 24% CABA), y desciende en los niveles de enseñanza superiores terciario y universitario incompleto y completo (9% entrevistadas vs 35% CABA) (Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población. Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a procesamientos especiales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001).

El mayor nivel educativo de las usuarias del CeSAC 15 puede ser reflejo de los mejores indicadores, tal como se mencionó anteriormente, y además, las profesionales que trabajan en el centro comentaron que hay muchas usuarias provenientes de Perú, que tienen

secundario completo. No obstante, en el instrumento no se preguntaba la nacionalidad, razón por la que no puede indagarse esa relación para comprender mejor los hallazgos.

Siguen los cuadros con la distribución de frecuencias, según nivel educativo de la entrevistada y del principal sostén económico del hogar.

**Cuadro 4.** Distribución de frecuencias del máximo nivel educativo alcanzado por la entrevistada según servicio/centro

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Primario incompleto	7	8	2	20	2	2
Primario completo	21	34	18	30	4	18
Secundario incompleto	36	34	20	30	66	28
Secundario completo	27	20	36	18	16	44
Terciario incompleto	3	2	6	2	-	4
Terciario completo	2	2	6	-	-	2
Universitario incompleto	4	-	8	-	12	2
Universitario completo	-	-	2	-	-	-
Postgrado	-	-	2	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

**Cuadro 5.** Distribución de frecuencias del máximo nivel educativo alcanzado por el PSH según servicio/centro

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Primario incompleto	5	5	-	17	-	2
Primario completo	26	41	16	46	14	13
Secundario incompleto	35	31	29	22	51	40
Secundario completo	29	21	32	15	33	43
Terciario incompleto	2	2	11	-	-	-
Terciario completo	1	-	5	-	-	2
Universitario incompleto	1	-	5	-	2	-
Universitario completo	1	-	2	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

En lo que respecta a la ocupación, en el 16% de los casos (40 entrevistadas) son ellas el principal sostén económico del hogar. Sólo una entrevistada de las que concurren al servicio de Adolescencia es PSH, en los demás servicios, lo son entre 8 y 12 entrevistadas. Si bien no se indagó el vínculo con el PSH, las entrevistadas lo mencionaban espontáneamente, correspondiendo esa función a parejas, madres, padres, hermanos/as, tías/os y —en menos casos— amigos/as, padrinos/madrinas de los hijos y abuelos/as.

Casi el 60% de las entrevistadas manifestó que la principal ocupación del PSH era obrero calificado o autónomo/personal no calificado. Le siguen, autónomo especializado-empleado sin jerarquía, excepto en la distribución del CeSAC 9, donde el 20% de las entrevistadas manifestaron que el PSH tenía una ocupación informal. En el CeSAC 15 y en los servicios del hospital, mencionaron como ocupación del PSH comerciante, artesanos y empleados especializados, y mínimos porcentajes para las ocupaciones correspondientes a las

primeras categorías de la grilla de ocupación, como así también a las categorías desocupados o pasivos/inactivos. Sigue el cuadro de la distribución en detalle:

**Cuadro 6.** Distribución de frecuencias de la ocupación del PSH según servicio/centro

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Profesional independiente - Jefes intermedios	1	-	-	-	4	-
Técnicos independientes - En relación de dependencia	-	-	-	-	-	2
Comerciantes, artesanos, empleados especializados	10	-	16	6	16	10
Autónomos especializados - Empleados sin jerarquía	17	12	14	18	18	24
Obreros calificados	27	32	24	28	20	30
Autónomo no calificado - Personal no calificado	32	28	40	28	38	26
Ocupación informal	10	22	4	16	-	8
Pasivos - Inactivos	2	4	-	4	4	-
Desocupados	1	2	2	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

El modo de la distribución de la variable ocupación de la entrevistada es: ama de casa en los tres CeSACs y el servicio de Salud Reproductiva, y estudiante en el servicio de Adolescencia. La categoría que sigue, de acuerdo al porcentaje, es autónomo o personal no calificado, siendo más las mujeres que trabajan en forma remunerada usuarias del CeSAC 15 y del servicio de Salud Reproductiva. Cabe destacar que la pregunta fue formulada de manera abierta (*¿Cuál es su ocupación?*) y luego se recategorizó de acuerdo a la grilla de ocupación del NES 2002 utilizado (Veáse cuestionario en Anexo). Dado que este índice no lo contempla, no se preguntó por la asignación de planes sociales. No obstante, tres mujeres mencionaron —luego de responder ama de casa— que percibían la pensión por siete hijos, subsidio (sin especificar) y la “Tarjeta Ciudad”.

**Cuadro 7.** Distribución de frecuencias de la ocupación de la entrevistada según servicio/centro

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Autónomos especializados - Empleados sin jerarquía	3	-	8	-	-	8
Obreros calificados	2	-	5	3	-	-
Autónomo no calificado - Personal no calificado	23	17	34	12	22	30
Ocupación informal	2	5	-	7	-	-
Pasivos - Inactivos	3	-	3	10	2	-
Desocupados	4	2	5	5	2	5
Estudiante	13	7	-	7	49	3
Ama de casa	50	69	45	56	25	55
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>



Como se dijo anteriormente, el Área Programática está ubicada dentro de la zona este de la Ciudad de Buenos Aires, que comprende las comunas 1, 3 y 4. Respecto del promedio del ingreso per cápita en la región, la Comuna 4 es la que se encuentra en una situación más desfavorable comparada con las restantes comunas de la región. La comuna 4 agrupa los barrios de Nueva Pompeya, Parque Patricios, Barracas y La Boca, en donde residen la mayoría de las usuarias entrevistadas en los CeSACs. El rango de ingreso per cápita oscila entre los 675 y los 1.379 pesos, siendo el de la comuna 4 el más bajo de todos (Ministerio de Salud GCBA, 2008).

En relación con la cobertura de salud, esta comuna presenta el mayor porcentaje de población con cobertura únicamente pública (41%). En concordancia con esos datos, las entrevistadas que se atienden en el CeSAC 15 (barrio de San Telmo, también en la zona este, pero perteneciente a la comuna 1) pueden cubrir su salud con medicina prepaga u obra social en mayor porcentaje que las demás. En ese centro, seis de cada diez concurren sólo al hospital público, mientras que en los demás establecimientos la cifra asciende a ocho (CeSACs 9, 41 y Adolescencia) y a nueve de cada diez entrevistadas en el servicio de Salud Reproductiva.

**Cuadro 8.** Distribución de frecuencias el tipo de cobertura médica según servicio/centro

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Medicina prepaga/obra social	20	18	40	16	18	8
Hospitales públicos	80	82	60	84	82	92
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

De los bienes y servicios relevados por el índice, la computadora es el bien que más poseen en su hogar las entrevistadas, siendo mencionada en tres de cada diez casos en el CeSAC 15 y en el servicio de Adolescencia, y una de cada diez en el servicio de Salud Reproductiva y en el CeSAC 41. Ninguna de las usuarias entrevistadas en el CeSAC 9 posee computadora en su hogar. El porcentaje para el total de la muestra (17%) es similar al publicado por el Sistema Nacional de Consumos Culturales, que señala que en personas de bajos niveles socioeconómicos la posesión de computadoras es de 13,5% (Secretaría de Medios de Comunicación, 2010).

La distribución de frecuencias del acceso a Internet sigue los mismos parámetros que la antes mencionada: en el CeSAC 15 y en el servicio de Adolescencia, se registran los mayores porcentajes. Luego, en el servicio de Salud Reproductiva y en el CeSAC 41, y ninguna entrevistada en el CeSAC 9. La presencia de conexión a Internet en los hogares es sólo del 12% para el total de la muestra.

A continuación, la distribución de frecuencia de ambos bienes/servicios:

**Cuadro 9.** Distribución de frecuencias de la posesión de bienes en el hogar según servicio/centro - Computadora

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Sí	17	-	30	8	36	12
No	83	100	70	92	64	88
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

**Cuadro 10.** Distribución de frecuencias de la posesión de bienes en el hogar según servicio/centro - Conexión a Internet

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Sí	12	-	26	4	24	6
No	88	100	74	96	76	94
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

Respecto a la posesión de tarjeta de débito se encuentra menor porcentaje aún en el total de la muestra (8%), lo mismo que de automóvil (4%). Las entrevistadas que acuden al servicio de Adolescencia fueron las que más mencionaron ambos bienes. De las entrevistadas que concurren al CeSAC 9 y al CeSAC 41, ninguna posee automóvil en su hogar. Sigue la distribución de frecuencia de ambas variables:

**Cuadro 11.** Distribución de frecuencias de la posesión de bienes en el hogar según servicio/centro - Tarjeta de Débito

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Sí	8	2	14	2	18	4
No	92	98	86	98	82	96
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

**Cuadro 12.** Distribución de frecuencias de la posesión de bienes en el hogar según servicio/centro - Automóvil

En porcentajes (%)	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Sí	4	-	4	-	12	6
No	96	100	96	100	88	94
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b> (total de entrevistadas)	<b>(250)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

Para complementar esta caracterización se desarrolla a continuación la descripción del perfil reproductivo de las usuarias.

Para conocer el perfil reproductivo de las usuarias encuestadas se consideraron las siguientes variables: cantidad de embarazos, cantidad de embarazos que terminaron en "partos normales" (vaginales), cantidad de embarazos que terminaron en cesáreas, cantidad de embarazos que terminaron en abortos y cantidad de hijos nacidos vivos.

De las 250 mujeres entrevistadas, 175 ya habían atravesado por al menos un embarazo, siendo el modo de esta distribución 1 (58 entrevistadas). Manifestaron haber atravesado por 2 embarazos 47 entrevistadas y entre 3, 4 y 5 embarazos tuvieron 24, 18 y 11 entrevistadas respectivamente. Las 17 entrevistadas restantes tuvieron de 6 a 11 embarazos. Al momento de realizar la encuesta, 34 entrevistadas estaban cursando un embarazo, el primero para 15 de ellas. Los embarazos en curso no se computaron en el cuadro que sigue, donde se ilustra el perfil reproductivo de las usuarias que atravesaron previamente por un embarazo:

**Cuadro 13.** Historia reproductiva de las entrevistadas según centro/servicio

	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>Embarazos</b>						
Valor medio	2,7	2,5	2,3	3,5	1,5	2,7
Valor mínimo/máximo	1/11	1/7	1/6	1/11	1/3	1/9
<b>Embarazos terminados en partos vaginales</b>						
Valor medio	1,9	1,5	1,5	2,8	0,5	1,8
Valor mínimo/máximo	0/10	0/7	0/5	0/10	0/1	0/7
<b>Embarazos terminados en cesáreas</b>						
Valor medio	0,4	0,5	0,5	0,4	0,1	0,3
Valor mínimo/máximo	0/4	0/4	0/4	0/3	0/1	0/4
<b>Embarazos terminados en abortos</b>						
Valor medio	0,4	0,4	0,4	0,3	0,9	0,6
Valor mínimo/máximo	0/4	0/4	0/3	0/2	0/2	0/3
<b>Cantidad de hijos nacidos vivos</b>						
Valor medio	2,3	2,1	2,0	3,3	0,6	2,1
Valor mínimo/máximo	0/10	0/7	0/6	0/10	0/1	0/7
<b>Base</b> (Entrevistadas que estuvieron embarazadas)	<b>(175)</b>	<b>(44)</b>	<b>(40)</b>	<b>(45)</b>	<b>(11)</b>	<b>(35)</b>

Las usuarias del CeSAC 41 tuvieron más embarazos que las usuarias de los demás servicios, por lo que ascienden también los valores promedios de embarazos terminados en partos normales y de hijos nacidos vivos. El número promedio de embarazos de las usuarias que concurren a los CeSAC 9 y 15 es similar al promedio total, al igual que el servicio de Salud Reproductiva. En el servicio de Adolescencia el número promedio de embarazos desciende a 1,5 y por consiguiente los demás indicadores.

Para sintetizar, los perfiles sociodemográfico y reproductivo de las entrevistadas de cada centro o servicio se resumen a continuación:

#### MUJERES ENCUESTADAS EN EL CESAC 9

Se trata mayoritariamente de mujeres de 19 a 35 años, es el único establecimiento en el cual se encuestaron mujeres mayores de 56 (6%). Todas viven en la Ciudad de Buenos Aires, la mayoría en barrios aledaños al centro. Más de la mitad es de nivel socioeconómico marginal. El nivel educativo es similar al total, tres de cada diez terminaron el primario, tres tienen secundario incompleto y dos secundario completo. Siete de cada diez son amas de casa. Atienden su salud principalmente en el sistema público. No poseen computadora, Internet, ni auto.

#### MUJERES ENCUESTADAS EN EL CESAC 15

Se trata mayoritariamente de mujeres de 19 a 35 años. Todas viven en la Ciudad de Buenos Aires, en barrios aledaños al centro. El nivel socioeconómico es más alto que en los demás (sólo 34% marginal). También es mayor la cantidad de entrevistadas que terminaron el secundario y de entrevistadas que cursaron o cursan un nivel superior (terciario o universitario). Cuatro de cada diez son amas de casa, el resto presenta mayor variabilidad en las ocupaciones que en los demás centros o servicios. Cuatro de cada diez tienen obra social o medicina prepaga. Tres de cada diez tienen computadora e Internet.

#### MUJERES ENCUESTADAS EN EL CESAC 41

Más de la mitad de la muestra tienen entre 19 y 35 años, aunque es mayor que en los demás CeSACs el porcentaje de encuestadas en el rango de 36 a 45 años. Todas viven en la Ciudad de Buenos Aires, en barrios aledaños al centro. Más de la mitad es de nivel socioeconómico marginal (56%). El nivel educativo es más bajo que en los demás, dos de cada diez no terminaron el primario. Seis de cada diez son amas de casa. Atienden su salud principalmente en el sistema público. No tienen auto, cuatro encuestadas tienen computadora y dos encuestadas tienen Internet en su hogar. Son las que más embarazos tuvieron y más hijos nacidos vivos.

#### MUJERES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA

Son adolescentes de hasta 18 años y de 19 a 25 en similares porcentajes. Diecinueve son de la Ciudad de Buenos Aires, y treinta y una del Gran Buenos Aires. El nivel socioeconómico es, comparativamente, algo mejor: cuatro de cada diez son de nivel marginal, cuatro de cada diez bajos y el resto medio y alto. Más de la mitad tienen hasta secundario incompleto, pero se encuentran cursándolo, ya que la mitad de la muestra está estudiando. Atienden su salud principalmente en el sistema público. Son las que más bienes tienen en el hogar. Es el grupo de entrevistadas que menos embarazos tuvo, en concordancia con la menor edad.

#### MUJERES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE SALUD REPRODUCTIVA

Se trata mayoritariamente de mujeres de 19 a 35 años. Veinte residen de la Ciudad de Buenos Aires, y treinta en el Gran Buenos Aires. Cerca de la mitad de la muestra es de nivel socioeconómico marginal, y un 30% bajo inferior. Comparativamente, más entrevistadas tienen secundario completo. La mitad de las entrevistadas es ama de casa. Nueve de cada diez atienden su salud principalmente en el sistema público. Una de cada diez tiene computadora, de las cuales la mitad tiene Internet.

Los perfiles sociodemográficos de las entrevistadas son similares en los cinco servicios. Pero dentro de esa similitud hay algunas variaciones. Las entrevistadas que asisten al CeSAC 15 manifestaron tener mayores niveles educativos y socioeconómicos que las usuarias que concurren a los demás establecimientos. En cuanto al perfil reproductivo, las usuarias del CeSAC 41 tienen más hijos que las demás usuarias entrevistadas, y las usuarias del servicio de Adolescencia menos hijos, particularidad que responde a la menor edad.

Por lo tanto, respecto de la hipótesis (H3) que planteaba que el perfil socioeconómico y la historia reproductiva de las usuarias que concurren al Hospital o a los CeSAC son similares ya que conforman el Área Programática, los hallazgos la corroborarían.

#### **Evaluación de las dimensiones**

En esta sección, se presenta el análisis de la evaluación de la calidad percibida por las usuarias de cada dimensión relevada en el instrumento de medición, a saber: Evaluación global; Evaluación de la dimensión interpersonal de la calidad de atención; Evaluación de la dimensión técnica de la calidad de atención; Evaluación de la dimensión ambiental de la calidad de atención; y Evaluación de la dimensión educación y comunicación. Para cada una de estas dimensiones se efectuaron dos tipos de análisis.

En el primero, la evaluación de la calidad percibida de cada una de las dimensiones señaladas se analizó por la variable nivel de atención. Las categorías de esta variable son CeSAC, que como ya se dijo conforman el nivel de atención primaria, y Hospital, nivel con mayor complejidad dentro del sistema sanitario. La elección de este cruce es resultado de la hipótesis de trabajo según la cual en la evaluación de la calidad de la atención de las

usuarias incide el nivel de atención utilizado. Las usuarias que asisten a los CeSAC harán una mejor evaluación que las que asisten al Hospital dado que la atención ofrecida es más directa, continua y menos segmentada que la ofrecida por el Hospital (H2). Esta hipótesis se desprende de los principios que enmarcan a la estrategia de APS descrita anteriormente.

A los efectos de la presentación de este análisis se describen los hallazgos para el total de la muestra (n: 250), según nivel de atención (CeSAC: n: 150/ Servicios del hospital: n: 100), y según centros/servicios (n: 50). Esta última forma de presentar los datos tiene por objetivo conocer la evaluación de la calidad de atención en cada uno de los establecimientos, evaluación que fue presentada a los contactos que permitieron el acceso a los establecimientos con el fin de acercar los hallazgos de la investigación a quienes toman decisiones. En el último capítulo se describe este proceso.

En el segundo análisis, para mejor comprender una posible influencia de otras variables sobre la evaluación de la calidad percibida por las usuarias en cada una de las dimensiones, éstas fueron analizadas según tres variables de corte sociodemográficas:

Edad: Jóvenes (Hasta 25 años) - Adultas (26 años y más).

Nivel socioeconómico: Medios/bajos - Marginal.

Frecuencia de concurrencia en los últimos dos años al centro o servicio: Esporádicas (Hasta 4 veces en los últimos dos años) - Frecuentes (Más de 4 veces en los últimos dos años).

Los cuadros de estas distribuciones de frecuencias figuran en el Anexo. Siguen a continuación, los apartados dedicados a analizar la evaluación de cada dimensión de la calidad de atención.<sup>23</sup>

### **Evaluación global de la calidad del servicio/centro**

En esta dimensión, se incluyó la evaluación del grado de satisfacción con la atención recibida en las últimas consultas, la evaluación sobre la recomendación (o no) del servicio/centro a otra/s persona/s, y las razones por las que se recomendaría o no recomendaría el servicio/centro a otra/s persona/s.

La evaluación global de las usuarias que concurrieron a estos establecimientos es positiva: casi la totalidad de las entrevistadas, el 95%, se considera muy satisfecha (51%) o satisfecha (44%) con la atención recibida en general en las últimas consultas.

Entre las usuarias muy satisfechas, no se registran diferencias según nivel de atención, edad, y nivel socioeconómico. La única diferencia se encuentra en la frecuencia de concurrencia: a menor frecuencia, peor evaluación. Puede ser resultado de la mayor posibilidad de haber atravesado por una situación crítica en la única o una de las pocas consultas anuales realizadas, como puede haber sido demora en la atención o no tener el método anticonceptivo en el día, o encontrar las instalaciones en mal estado.

Estas situaciones, que a la luz de los hallazgos que se presentan a continuación son eventuales, afectarían más la evaluación de las usuarias que concurren, también, eventualmente. Aquellas usuarias frecuentes, promediarían al pensar en la evaluación global tanto las situaciones críticas como las demás consultas satisfactorias. Podría suponerse que también incide en la evaluación positiva una relación más fuerte establecida

---

<sup>23</sup> . Como guía para estimar las diferencias en las submuestras de usuarias (CeSAC/Hospital; jóvenes/adultas; nivel socioeconómico medio-bajo/marginal; frecuentes/espóradas) se aplicó la prueba "z" de diferencia de proporciones.

por las usuarias frecuentes para con el establecimiento de salud, relación creada en la constante asistencia.

Las evaluaciones globales de cada servicio mantienen la misma tendencia, la mitad de la muestra se manifiesta muy satisfecha con la atención recibida. El ranking de los establecimientos es (considerando muy satisfecha + satisfecha): CeSAC 41 (98%), CeSAC 15 y servicio de Adolescencia (96%), CeSAC 9 (94%) y servicio de Salud Reproductiva (92%). Es en este último, en el único establecimiento donde las usuarias manifiestan una mínima insatisfacción (2% muy insatisfecha + 2% insatisfecha).

**Cuadro 14.** Distribución de frecuencias del nivel de satisfacción de las usuarias con la atención recibida según nivel de atención y centros/servicios

	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>En porcentajes (%)</b>								
Muy insatisfecha	-	-	1	-	-	-	-	2
Insatisfecha	1	1	1	-	2	-	-	2
Ni satisfecha ni insatisfecha	4	3	4	6	2	2	4	4
Satisfecha	44	45	44	44	46	44	48	40
Muy satisfecha	51	51	50	50	50	54	48	52
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

Se indagó a continuación si recomendaría o no el servicio/centro, ya que estudios realizados anteriormente señalan que el grado de satisfacción general con la atención recibida puede ser medido preguntando por la situación hipotética de recomendación (CEDES, 2002), situación que reduciría el “sesgo de cortesía” (Besinger y Bertrand, 2001) que favorece la evaluación positiva del lugar de atención. La mayoría de las entrevistadas manifestaron que recomendarían el servicio o centro a otra persona (96%). Más aún, las entrevistadas mencionaron recomendarlo habitualmente a amigas, vecinas, hijas, porque les gustó la atención recibida. Frases como “Vivo en un hotel y se lo recomendé a todas” (34 años, CeSAC 15) dan cuenta de la principal estrategia de difusión de los CeSAC, el boca en boca.

No se registraron diferencias según nivel de atención, NES, edad, ni frecuencia de concurrencia a los servicios.

El ranking de los establecimientos, de acuerdo al porcentaje de recomendación es: CeSAC 9 y 41 (98% lo recomendarían), CeSAC 15 y los dos servicios del hospital (94%).

Cabe destacar que cuando se les preguntaba a las usuarias por cobertura de salud, algunas respondían tener obra social, pero manifestaban preferir el establecimiento público en el que se atendían por diversas razones, entre las que se destacan la cercanía geográfica, la mayor rapidez para conseguir turnos o por la costumbre de atenderse con determinado profesional. Algunas frases ilustrativas son las siguientes: “A pesar de tener obra social estoy acostumbrada a venir acá, a tratarme con esta doctora” (25 años, CeSAC 15); “Tardo más en la obra social y en el hospital, prefiero acá” (19 años, CeSAC 15); “Me siento como en una clínica, muy a gusto” (45 años, CeSAC 41). Este último comentario daría cuenta de la comparación privado/público en la atención de la salud, y la percepción favorable del privado. Señalando que se siente “como en una clínica”, manifestaría que el establecimiento público al que concurre alcanza los estándares que se adjudican al ámbito privado.

Esos comentarios también constatan lo esbozado en el capítulo dedicado al financiamiento del sistema de salud sobre el financiamiento cruzado entre los subsistemas.

**Cuadro 15.** Recomendación del servicio según nivel de atención y centros/servicios

	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
En porcentajes (%)								
Sí	96	97	94	98	94	98	94	94
No	1	1	3	-	-	2	2	4
No sabe	3	2	3	2	6	-	4	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

Por último, interesó conocer las razones o motivos que hacen a la recomendación o no del servicio o centro.<sup>24</sup> Los resultados obtenidos, tal como se observa en los cuadros siguientes, indican que las razones enfatizadas a la hora de recomendar el servicio o centro son principalmente aquellas vinculadas al trato entre usuarias y equipo de salud. Le siguen la disponibilidad de insumos y cuestiones relacionadas a los tiempos de espera.

En el caso de no recomendación, los resultados indican que son los tiempos de espera y los tiempos para conseguir turnos y el trato de los administrativos las principales razones por las cuales las entrevistadas preferirían no recomendar, o manifestaron no saber si lo recomendarían o no. También el trato del equipo de salud y la falta de insumos.

Por tanto, el trato del equipo de salud —como así también los insumos y tiempos de espera— son considerados positiva o negativamente, de acuerdo a las experiencias personales, como razones fundamentales para recomendar o no el lugar.

A continuación, se detallan las razones de recomendación y no recomendación. Las respuestas de las usuarias —abiertas y espontáneas— fueron transcritas textualmente entre paréntesis y se categorizaron de acuerdo a las dimensiones del instrumento de relevamiento de datos, categoría que se encuentra en el primer renglón. El porcentaje indica las menciones referidas a cada dimensión. Se omitieron las razones similares mencionadas por las usuarias, en el segundo renglón que presenta los *verbatim* de las usuarias.

<sup>24</sup> . ¿Por qué lo recomendaría/por qué no lo recomendaría? (Respuestas Múltiples, espontánea).

**Cuadro 16.** Razones por las cuales recomendaría el servicio/centro, encuestadas que respondieron que recomendarían

<b>Razones de recomendación</b>		<b>%</b>
Promedio de respuestas por entrevistada: 1,24		
Trato del equipo de salud - Calidez <i>(Te tratan como a una persona, no como a una cosa; tienen mucha paciencia; te escuchan; se toma el tiempo para atenderte y me da mucha confianza; te hablan bien; es muy buena persona la ginecóloga; se preocupa por lo que pensás; son muy copadas; se preocupan de tus problemas; son atentos; son simpáticos; te dan consejos y te ayudan a tomar decisiones; son amorosas; es muy dulce)</i>		31
Trato del equipo de salud - Información/explicación <i>(Te explican todo; te explican varias veces; te explican con paciencia; preguntás cualquier cosa y te responden; otros te esquivan las preguntas pero acá ellas te explican todo; hablo mejor con la doctora que con mi mamá sobre los temas de MAC; como te explican entiendo mejor las cosas; te dan información; te sacan todas las dudas; son comunicativas)</i>		25
Buen trato del equipo de salud en general <i>(Me atienden bien; son muy buenos; estoy muy conforme con la atención, siempre me atendí acá; no tuve inconvenientes; tienen un buen servicio, todos te tratan muy bien; me atendieron bien siempre que vine)</i>		18
Trato del equipo de salud - Amabilidad <i>(Son muy amables; la amabilidad con la que te atienden; te trata muy con amabilidad; mi ginecóloga es amable, es la mejor del mundo)</i>		14
Disponibilidad de insumos <i>(Pido MAC y me lo dan; nunca faltan los MAC; porque te dan MAC para no quedar embarazada y muchos consejos; porque te facilitan los MAC sin dar vueltas; podés conseguir MAC tengas turno o no; dan MAC gratis, si no puedo venir a buscar los MAC me los lleva mi hermana; si te tienen que dar algún remedio te lo dan en el mismo día)</i>		6
Trato del equipo de salud desde la perspectiva médica <i>(Es muy buena médica, sabe mucho; me parece muy buena profesional; te atienden en forma completa no queda parte sin articular; te dan soluciones y si no la tienen te derivan; la doctora está capacitada para atender; son muy buenos los controles que hace; me hacen muchos análisis; te mandan a hacer todos los estudios; son muy rápidos los estudios, para tener los resultados)</i>		6
Tiempos de espera <i>(Me atienden rápido; es rápido, no te hacen esperar; no hay mucha gente esperando como en el hospital; no demoran; puedo venir por urgencias me atienden enseguida)</i>		5
Turnos <i>(Consigo turno rápido, en el hospital tenés que hacer largas colas acá puedo programarlo; consigo turno siempre; te dan muchos horarios posibles; te dan turno programado entonces sabés que te van a atender; con los turnos programados no tenés que esperar; te dan turno las mismas doctoras para no tener problemas con las fechas; hay disponibilidad en el horario que pida, no es como el hospital que pierdo el día entero)</i>		5
Trato del equipo de salud - Respeto <i>(Te tratan bien, con respeto; te tienen respeto a pesar de la edad de que soy chica; como es el trato de la doctora, respetuosa)</i>		4
Trato del equipo de salud - Responsabilidad/organización <i>(Son organizadas; yo las conozco a ellas, ellas a mí, saben toda mi historia clínica; son responsables para atender; las doctoras están hace años, te siguen la historia)</i>		2
Cercanía <i>(Porque es cerca; porque me queda cómodo; lo prefiero a la obra social me queda más cerca; me queda más cerca que la obra social para poder venir a retirar MAC)</i>		2
Otros <i>(Es de fácil acceso, soy extranjera y no hay tanto trámite, no me dificultan la llegada; me lo recomendaron, me gustó y sigo viniendo; vivo en provincia, son tres horas de viaje pero sé que consigo turno y me hacen todos los estudios en el día; van a tu casa si te pasa algo; lo prefiero a la obra social; no tengo obra social y estoy muy agradecida por el trato; me acostumbré a venir y sigo; te dan charlas)</i>		5
<b>Total</b>	<b>Menciones</b>	<b>297</b>
		<b>(239)</b>



**Cuadro 17.** Razones por las cuales no recomendaría el servicio/centro, encuestadas que respondieron que no recomendarían y encuestadas que sí recomiendan pero dieron respuestas negativas y encuestadas que respondieron no sabe

<b>Razones de no recomendación</b>		<b>%</b>
Promedio de respuestas por entrevistada: 1		
Tiempos de espera y turnos <i>(Es complicado pedir los turnos y no me lo explicaron; demora en la espera; te dan un horario y vienen a cualquier hora; si no venís temprano no conseguís turno programado; hay pocos turnos)</i>		40
Trato del personal administrativo <i>(La administrativa no tiene buen trato, te hace esperar mientras desayuna, te grita; la atención de administrativos es pésima; la secretaria es pésima, te grita, nadie la soporta; te retan, te gritan; los administrativos no te atienden bien, dan mal el turno, esa es la única queja; no me gusta como atiende la señora de los turnos; siendo que es público, lo que necesitamos es una buena atención, y te habla de mala cara, no te dan buen servicio, no sé como eligen a los administrativos)</i>		28
Trato del equipo de salud <i>(A veces te tratan mal, según el estado de ánimo; algunas médicas no te tratan bien, no todas las doctoras son buenas; es la última vez que vengo, no me gustó la atención de la médica, me trató mal, me faltó el respeto, me atendió de mala manera; porque no es toda la atención buena, a veces depende del humor que tenga; porque quería hablar con una ginecóloga y me mandaron a otra)</i>		20
Insumos <i>(Me tiene que hacer la supervisión del DIU y no hay ecógrafo; no hay aparato de ecografía entonces te mandan al hospital; a veces faltan cosas, como ácido fólico)</i>		12
<b>Total</b>	<b>Menciones</b>	<b>25</b>
		<b>(25)</b>

Las 25 entrevistadas que respondieron son cuatro usuarias que manifestaron que no lo recomendarían, siete que respondieron que no saben, y catorce usuarias que señalaron que lo recomendarían (y sus razones) pero que a la vez agregaron comentarios acerca de dimensiones que no le agradan del servicio o centro.

En síntesis, la evaluación global de la calidad de atención es positiva en todos los servicios. En el detalle de las dimensiones que siguen a continuación se pretende especificar cuáles son las que favorablemente impactan en esa evaluación positiva, y cuales las que, con peor evaluación, pueden afectar la evaluación general.

### **Evaluación de la dimensión interpersonal**

La evaluación de la dimensión interpersonal de la calidad de atención incluyó la evaluación del trato de los/as profesionales/equipo de salud, la evaluación del trato del personal administrativo y la evaluación de la claridad e información recibida en las consultas.

#### **EVALUACIÓN DEL TRATO DE PROFESIONALES/EQUIPO DE SALUD**

Se relevó a partir de seis indicadores que indagaron la frecuencia con que las usuarias perciben que suceden las siguientes situaciones: la saludan al llegar, la llaman por su nombre, la escuchan con atención, la tratan con respeto, toman en cuenta su situación familiar/ personal, le preguntan si quiere que la pareja la acompañe a la consulta.

La evaluación del trato del equipo de salud es buena: la mayoría de las entrevistadas manifestó que siempre la tratan con respeto (96%), la escuchan con atención (96%), la saludan al llegar (92%) y la llaman por su nombre (90%). En los dos indicadores restantes los porcentajes de la categoría “siempre” descienden: los profesionales toman en cuenta la situación familiar/personal (76%) y le preguntan si quiere que la pareja la acompañe a la consulta (68%), siendo éste el indicador que concentra mayor porcentaje en la categoría “nunca” (26%).

Se registraron diferencias según nivel de atención en dos indicadores: “La tratan con respeto” (99% usuarias CeSAC vs 92% usuarias Hospital) y “Le preguntan si quiere que su

pareja la acompañe a la consulta” (76% usuarias CeSAC vs 55% usuarias Hospital). Estos indicadores reflejarían una atención más integral en los centros de salud frente al hospital. No obstante, son pocas las mujeres que concurren con sus parejas —al menos mientras se realizó este trabajo de campo—, lo cual daría cuenta de que más allá de que, concurren o no sus parejas, las usuarias tienen en cuenta la oferta de esa posibilidad de parte de los profesionales.

Las mujeres son las principales usuarias de los métodos anticonceptivos y de los servicios de planificación familiar brindados por el sector público de salud. No obstante, es importante destacar la necesidad de una mayor participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva, en tanto aportaría a la equidad de género, implica la responsabilidad compartida del bienestar de la familia y la participación informada en las decisiones anticonceptivas, lo cual mejora la continuidad del uso del método (OPS, 2000). El menor porcentaje de respuestas positivas en ese indicador iría en contra de las recomendaciones de todos los organismos internacionales para incorporar al varón.

No se registraron diferencias según edad. Según NES y concurrencia a los servicios, se registran diferencias en dos indicadores. En el indicador “La llaman por su nombre” el 84% de las usuarias esporádicas y el 95% de las usuarias frecuentes respondieron “siempre”, es decir, a mayor frecuencia de concurrencia, mejor evaluación; lo cual se condice con mayor reconocimiento de las usuarias más frecuentes de parte de los equipos de salud, y por lo tanto, recordación del nombre o cierta relación afectiva entablada. El otro indicador es “Le preguntan si quiere que la pareja la acompañe a la consulta”, respondiendo “siempre” el 74% de las usuarias de nivel socioeconómico marginal y el 62% de usuarias de nivel socioeconómico medio/bajo, es decir, a más bajo nivel, mejor evaluación.

Las evaluaciones en cada servicio conforman el siguiente ranking general, con variantes en cada indicador: CeSAC 41 y 9, servicio de Adolescencia, CeSAC 15 y servicio de Salud Reproductiva. El cuadro siguiente señala el detalle de la evaluación de esos indicadores.

**Cuadro 18.** Evaluación del trato recibido por parte de los/as profesionales /equipo de salud según nivel de atención y centros/servicios

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>1... ¿La saludan al llegar?</b>								
Nunca	3	3	3	2	8	-	4	2
A veces	5	5	5	2	12	-	4	6
Siempre	92	91	92	96	78	100	92	92
No contesta	-	1	-	-	2	-	-	-
<b>2... ¿La llaman por su nombre?</b>								
Nunca	4	4	4	-	8	4	6	2
A veces	5	5	5	2	10	4	2	8
Siempre	90	89	91	98	78	92	92	90
No sabe/No contesta	1	2	-	-	4	-	-	-

**Cuadro 18.** Evaluación del trato recibido por parte de los/as profesionales/equipo de salud según nivel de atención y centros/servicios (continuación)

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
3... ¿La escuchan con atención?								
Nunca	-	-	1	-	-	-	-	2
A veces	4	4	5	2	10	-	4	6
Siempre	96	96	94	98	90	100	96	92
4... ¿La tratan con respeto?								
Nunca	-	-	1	-	-	-	-	2
A veces	4	1	7	-	4	-	6	8
Siempre	96	99	92	100	96	100	94	90
5... ¿Toman en cuenta su situación familiar/personal?								
Nunca	13	11	15	6	20	8	2	28
A veces	11	9	13	10	18	-	10	16
Siempre	76	79	72	84	60	92	88	56
No contesta	-	1	-	-	2	-	-	-
6... ¿Le preguntan si quiere que la pareja la acompañe a la consulta?								
Nunca	26	18	37	12	20	22	24	50
A veces	6	6	8	4	12	2	2	14
Siempre	68	76	55	84	68	76	74	36
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

Algunas entrevistadas respondieron no sabe/no contesta en trato y señalaron no haber prestado atención a si las saludan, si las llaman por su nombre, y demás indicadores en el momento de la consulta, y por eso prefieren no responder, son estos muy pocos casos.

En síntesis, la evaluación del trato de los profesionales/equipo de salud es positiva. La evaluación favorable es levemente mayor en las usuarias de los CeSAC que en las de los servicios del hospital.

La evaluación positiva en general de esta dimensión también puede estar asociada a que en los servicios indagados hay profesionales que trabajan tanto en el CeSAC como en el hospital, por lo que no sería una evaluación tan directamente asociada al nivel de atención como sí lo pueden ser las vinculadas a turnos e instalaciones que se verán más adelante.

Profesionales que trabajan en el nivel de atención primaria y en el hospital desarrollarían la atención con iguales características. Más aún, podría pensarse que las usuarias perciben en estos profesionales vinculados a la salud reproductiva una atención diferente a la de otros especialistas, basado en frases referidas a que *ellos/ellas te escuchan, te entienden*, a diferencia de otros que no lo harían. Ilustrativa de esa situación es el siguiente comentario: *“Son profesionales con onda, se involucran, si hay algún problema te dan fuerza; no son distantes como otros médicos”* (52 años, Salud Reproductiva).

No obstante, al no haber sido indagada en la investigación la evaluación de la calidad de atención de estos profesionales en comparación con otros profesionales de otras especialidades, sólo son suposiciones a ser desarrolladas en profundidad en futuros estudios.

## EVALUACIÓN DEL TRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

La evaluación del trato del personal administrativo indaga sobre la frecuencia con que los administrativos/as saludan a la usuaria al llegar, le dan información sobre los trámites a realizar, tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas, y la tratan con respeto.

La evaluación del trato del personal administrativo no es tan buena como la de los profesionales. En todas las situaciones, la categoría “siempre” sólo es respondida por poco más de la mitad de la muestra: la tratan con respeto (66%), tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas (62%), le dan información sobre los trámites a realizar (60%), y la saludan al llegar (51%). Una de cada diez entrevistadas manifestó que “nunca” suceden esas situaciones y entre dos y tres (según el indicador) señaló que “a veces”.

Se registraron diferencias según nivel de atención en tres de los indicadores. La excepción es el indicador “La saludan al llegar”. En los demás, las usuarias que concurren a los CeSAC evalúan mejor el trato del personal administrativo que las usuarias que concurren al hospital: Le dan información sobre los trámites que debe realizar (usuarias CeSAC 67% vs usuarias Hospital 51%); Tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas (usuarias CeSAC 69% vs usuarias Hospital 51%); La tratan con respeto (usuarias CeSAC 75% vs usuarias Hospital 52%).

No se registraron diferencias según nivel socioeconómico, edad ni concurrencia a los servicios.

Las evaluaciones en cada servicio señalan que entre cinco y ocho de cada diez entrevistadas manifestaron ser tratadas con respeto por el personal administrativo, y que tienen posibilidad de expresar sus quejas “siempre”. Porcentajes que disminuyen en las otras situaciones: le dan información sobre los trámites que debe realizar (entre cinco y siete de cada diez entrevistadas) y la saludan al llegar (entre cuatro y seis de cada diez entrevistadas). Considerando globalmente los cuatro indicadores, se conforma el siguiente ranking: CeSAC 9 y 41, servicio de Salud Reproductiva, CeSAC 15 y servicio de Adolescencia. En todos los indicadores, menos de la mitad de las usuarias del servicio de Adolescencia contestaron “siempre”.

Cuando las entrevistadas optaron por la opción “no sabe”, mencionaron que era porque nunca les hicieron preguntas, o porque son otras personas (madres o parejas) las que se encargan del turno y las cuestiones que requieren trato con el personal administrativo.

Algunos comentarios de las entrevistadas en esta sección dan cuenta de la generación de un círculo de maltrato en los establecimientos: “*Te retan, te gritan, y yo también les grito, ya ni la saludo*” (28 años, CeSAC 41). Así, un vínculo importante para garantizar el acceso al servicio, como es el de las usuarias con los administrativos, que también contribuye a la permanencia, a la organización de turnos acorde a las solicitudes de los profesionales, entre otras necesidades, se resiente y genera una situación de no trato. En estos casos, las entrevistadas manifestaron resolver directamente con los profesionales los turnos, situación que va en desmedro de la organización del establecimiento y de la división de tareas, sobrecargando a los profesionales con esta tarea.

En síntesis, las usuarias que concurren a los CeSAC realizan mejor evaluación del trato del personal administrativo que las usuarias que concurren al hospital; no obstante, en ningún caso las entrevistadas que eligen la categoría “siempre” alcanzan a 8 de cada 10.

A continuación, el cuadro con el detalle de las evaluaciones.

**Cuadro 19.** Evaluación del trato recibido por parte del personal administrativo según nivel de atención y centros/servicios

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>1... ¿La saludan al llegar?</b>								
Nunca	<b>18</b>	20	15	8	38	14	14	16
A veces	<b>27</b>	26	29	36	20	22	36	22
Siempre	<b>51</b>	52	49	56	36	64	42	56
No sabe	<b>4</b>	2	7	-	6	-	8	6
<b>2... ¿Le dan información sobre los trámites que debe realizar?</b>								
Nunca	<b>10</b>	9	12	2	12	12	12	12
A veces	<b>26</b>	22	31	24	26	16	36	26
Siempre	<b>60</b>	67	51	74	54	72	46	56
No sabe	<b>4</b>	2	6	-	8	-	6	6
<b>3... ¿Tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas?</b>								
Nunca	<b>11</b>	10	12	2	16	12	12	12
A veces	<b>23</b>	18	31	20	26	10	36	26
Siempre	<b>62</b>	69	51	78	50	78	46	56
No sabe	<b>4</b>	3	6	-	8	-	6	6
<b>4... ¿La tratan con respeto?</b>								
Nunca	<b>8</b>	7	10	-	10	12	8	12
A veces	<b>23</b>	17	32	18	28	6	38	26
Siempre	<b>66</b>	75	52	82	60	82	48	56
No sabe	<b>3</b>	1	6	-	2	-	6	6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

#### EVALUACIÓN DE LA CLARIDAD E INFORMACIÓN RECIBIDA

Por último, la evaluación de la claridad e información que recibían en las consultas, relevaba información sobre seis indicadores: los médicos/as le explicaron lo que le iban a hacer, le preguntaron si tenía dudas o preguntas, le dieron respuesta clara a sus dudas o preguntas, le explicaron riesgos y efectos de los tratamientos que le recetaron, pudo formular preguntas, y se fue de la consulta con la sensación de haber resuelto lo que necesitaba resolver.

Fue evaluada, similar al trato de profesionales y equipos de salud, positivamente: una amplia mayoría de usuarias opinó que “siempre” los médicos/as le explicaron lo que le iban a hacer (93%), le dieron respuesta clara a sus dudas o preguntas (91%), le explicaron riesgos y efectos de los tratamientos que le recetaron y se fue de la consulta con la sensación de haber resuelto lo que necesitaba resolver (91%), pudo formular preguntas (90%) y, en último lugar, le preguntaron si tenía dudas o preguntas (87%). En ningún caso las categorías “a veces” y “nunca” alcanzan el diez por ciento.

Estos indicadores de calidad de atención son importantes, ya que la información sobre efectos colaterales o malestares que pueden producir los MAC es esencial para que las usuarias no se decepcionen, y discontinúen el uso del método.

Se registraron diferencias según nivel de atención en tres de los indicadores: ¿Los médicos/as le preguntaron si Ud. tenía alguna duda o pregunta? (usuarias CeSAC 94% vs usuarias Hospital 77%); ¿Los médicos/as le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas? (usuarias CeSAC 94% vs usuarias Hospital 87%); y ¿Se fue de la consulta con la sensación de que había resuelto lo que necesitaba resolver? (usuarias CeSAC 94% vs usuarias Hospital 86%). En todos los casos, por las referencias de las mujeres, podría suponerse que la evaluación del mejor trato en los CeSAC se basa en el mayor tiempo dedicado a la consulta, el conocimiento de la historia clínica y el seguimiento a lo largo de los años por parte del mismo profesional, cierta percepción de confianza generada con los profesionales (refieren a que *es como una amiga, una amiga* a la cual le cuentan todo), la existencia de múltiples espacios de diálogo además de la consulta (charlas, talleres), y la posibilidad de asistir a consultar algo, resolver *una urgencia*, en gran parte vinculado a la cercanía geográfica ya que las usuarias viven, por lo general, muy cerca del CeSAC.

No se registraron diferencias según nivel socioeconómico, edad ni concurrencia a los servicios.

Las evaluaciones en cada servicio también señalan resultados similares a los de los indicadores de trato de profesionales y equipo de salud: en todos los casos las usuarias del CeSAC 41 efectuaron la mejor evaluación. En los demás servicios, la categoría “siempre” supera el 80% en todos los indicadores, excepto en el servicio de Salud Reproductiva en el cual, a siete de cada diez usuarias los médicos/as le preguntaron “siempre” si tenía alguna duda o pregunta. Considerando globalmente la evaluación de los indicadores, se conforma el siguiente ranking: CeSAC 41, CeSAC 9, servicio de Adolescencia, CeSAC 15 y servicio de Salud Reproductiva. A continuación, el cuadro con el detalle de las evaluaciones.

**Cuadro 20.** Evaluación sobre la información recibida en las consultas según nivel de atención y centros/servicios

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>1... ¿Los médicos/as le explicaron lo que le iban a hacer?</b>								
Nunca	2	1	3	2	2	-	-	6
A veces	5	5	4	6	10	-	4	4
Siempre	93	94	93	92	88	100	96	90
<b>2... ¿Los médicos/as le preguntaron si Ud. tenía alguna duda o pregunta?</b>								
Nunca	6	3	10	2	4	2	8	12
A veces	7	3	13	4	4	-	10	16
Siempre	87	94	77	94	92	98	82	72
<b>3... ¿Los médicos/as le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas?</b>								
Nunca	1	1	1	-	2	-	-	2
A veces	8	5	12	6	8	-	6	18
Siempre	91	94	87	94	90	100	94	80
<b>4... Cuando le recetaron algún tratamiento, ¿los médicos/as le explicaron sus efectos y riesgos?</b>								
Nunca	2	2	1	-	6	-	-	2
A veces	7	5	11	6	8	-	6	16
Siempre	91	93	88	94	86	100	94	82
<b>5... ¿Ud. pudo formular las preguntas que tenía para hacer?</b>								
Nunca	2	2	1	-	6	-	-	2
A veces	8	5	12	6	10	-	8	16
Siempre	90	93	87	94	84	100	92	82

**Cuadro 20.** Evaluación sobre la información recibida en las consultas según nivel de atención y centros/servicios (continuación)

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
6... ¿Se fue de la consulta con la sensación de que había resuelto lo que necesitaba resolver?								
Nunca	1	1	1	-	4	-	-	2
A veces	8	5	13	6	10	-	8	18
Siempre	91	94	86	94	86	100	92	80
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

En síntesis, las usuarias que concurren a los CeSAC evalúan levemente mejor la claridad y la información recibida en las consultas; si bien en casi todos los indicadores, en los cinco establecimientos, la categoría “siempre” supera el ochenta por ciento.

Puede decirse, por tanto, que la dimensión interpersonal no es evaluada homogéneamente en sus tres indicadores. El trato del personal administrativo refleja evaluaciones menos favorables que el trato de equipos de salud y la claridad e información recibida en la consulta. Se describirán las otras dimensiones, para poder continuar el análisis de acuerdo a las hipótesis de trabajo, destacando esta salvedad mencionada.

Por otro lado, en esta dimensión se encuentra una evaluación más favorable en las usuarias de los CeSACs que en las usuarias de los servicios del hospital, en dos indicadores del trato de equipos de salud, tres indicadores referidos al trato de los administrativos y tres indicadores de claridad e información recibida.

### Evaluación de la dimensión técnica

La dimensión técnica indagó sobre el tiempo que demanda la atención en salud sexual y reproductiva a la usuaria, y las expectativas de la usuaria sobre esos tiempos. Se preguntó por cuatro situaciones: el tiempo transcurrido entre el día que le dan un turno y el día que la atienden por ese turno, el tiempo transcurrido desde que llega al establecimiento hasta que entra a la consulta, el tiempo que dura la consulta con el profesional, y el tiempo transcurrido entre la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos. Luego, se indagó sobre las expectativas de las usuarias, esto es, si el tiempo que transcurrió fue más, justo o menos del que esperaba, en cada situación.

En cuanto a la entrega de turnos, casi la mitad de las usuarias entrevistadas manifestaron ser atendidas en el día, es decir, espontáneamente al llegar al establecimiento sin turno previo. Entre las usuarias que manifestaron solicitar turno, el 16% manifestó esperar una semana, el 12% señaló que suele esperar dos semanas, el 24% entre dos semanas y un mes y el 3% manifestó esperar más de 30 días (nueve usuarias, con un rango de un mes y medio a cinco meses).

La atención en el día da cuenta de dos situaciones, por un lado, la modalidad de atención a “demanda espontánea”, entregando números a las usuarias que se acercan al establecimiento para ser atendidas en el transcurso de la mañana o de la tarde, de acuerdo al orden de llegada. Por otro, con menor frecuencia, algunas usuarias referían a situaciones de ser atendidas en el día por los profesionales, sin turnos previos y aún sin el número correspondiente al día. Generalmente, son escasas situaciones frente a urgencias o usuarias con muchas complicaciones laborales y familiares que *pasan* por el establecimiento cuando pueden y los profesionales no desaprovechan la oportunidad de atenderlas.

Sobre el tiempo que transcurre desde que llega al establecimiento hasta que entra a la consulta, un tercio de las entrevistadas manifestó esperar menos de media hora, el 18% espera media hora, el 23% espera entre más de media hora y una hora, y el porcentaje restante más de una hora (una de cada diez usuarias espera más de 2 horas).

En cuanto a la duración de la consulta, el promedio es de 21 minutos, tres de cada 10 usuarias manifestaron que la consulta dura media hora o más.

Por último, en cuánto al tiempo que pasa entre el día de la consulta y el día que le entregan métodos anticonceptivos, más de la mitad de las usuarias entrevistadas manifestaron que es inmediata (66%). Es mínimo el porcentaje de usuarias que manifiestan haber esperado entre la consulta y la entrega de métodos: entre uno y diez días de espera (3%) y más de 10 días (1,2%). El resto de las entrevistadas, casi el 30%, no retiran métodos en ese establecimiento por diversas razones: no usan métodos porque buscan embarazo o por menopausia, retiran en otro lado, tienen puesto DIU, etc.

Se registraron diferencias en los tiempos, según nivel de atención: mayor porcentaje de usuarias que concurren al hospital manifestaron ser atendidas en el día (usuarias Hospital 58% vs usuarias CeSAC 38%); pero deben esperar más tiempo desde que llegan al establecimiento hasta que entran a la consulta ("menos de media hora": usuarias CeSAC 45% vs usuarias Hospital 16%).

No se registraron diferencias según nivel socioeconómico, edad ni concurrencia a los servicios.

Las evaluaciones de la dimensión técnica en cada servicio señalan las siguientes pautas:

Las usuarias de los CeSAC 15 y 41 son las que menos manifestaron ir a demanda espontánea, solicitan turnos que demoran menos de una semana (modo en el CeSAC 41, con un 30%) y entre dieciséis días y un mes (CeSAC 15, 40% de las usuarias). En el servicio de Salud Reproductiva y en el CeSAC 9, casi siete de cada diez entrevistadas señalan ser atendidas en el día; mientras que en Adolescencia, la mitad de la muestra.

Más de la mitad de las usuarias que concurren al CeSAC 41 y al CeSAC 9 manifestaron ser atendidas por los profesionales en menos de treinta minutos después de haber llegado al lugar. Cuatro de cada diez entrevistadas del CeSAC 15 señalan que tienen que esperar media hora. La mitad de las entrevistadas de los servicios del hospital señala que entre que llega al hospital y entra a la consulta pasa más de una hora.

La consulta promedio es más larga en el servicio de Adolescencia y en el CeSAC 41 (25 minutos). La menor duración de la consulta promedio es la percibida por las usuarias del servicio de Salud Reproductiva (17 minutos).

La mayoría de las entrevistadas retira el método anticonceptivo en el mismo día de la consulta. En el servicio de Salud Reproductiva dos de cada diez entrevistadas no retira MAC porque está embarazada o buscando un embarazo.

El cuadro a continuación ilustra en detalle las situaciones analizadas:



**Cuadro 21.** Tiempo transcurrido en cada situación según nivel de atención y centros/servicios

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>1... ¿Cuánto tiempo pasa entre el día/hora que le entregan el turno y el día/hora que la atienden por ese turno?</b>								
En el día	45	38	58	62	22	28	48	68
Entre 1 y 7 días	16	19	11	12	16	28	20	2
Entre 8 y 15 días	12	14	8	16	12	14	8	8
Entre 16 y 30 días	24	26	20	10	42	26	22	18
Más de 30 días	3	3	3	-	8	4	2	4
<b>2... ¿Cuánto tiempo pasa desde que llega a este servicio/centro hasta que entra a la consulta?</b>								
Menos de 30 min	34	45	16	58	16	62	18	14
30 minutos	18	23	9	18	36	16	16	2
Más de 30 y menos de 60 min.	3	5	2	2	8	4	-	4
60 minutos	20	18	23	8	32	14	18	28
Más de 60 y hasta 120 min	13	7	23	10	8	2	24	22
Más de 120 min	12	2	27	4	-	2	24	30
<b>3... ¿Cuánto dura la consulta con el profesional?</b>								
Hasta 10 minutos	20	23	15	38	26	6	4	26
15 minutos	26	25	27	18	34	22	20	34
20 minutos	25	21	30	16	24	24	32	28
25 minutos	0	1	-	-	-	2	-	-
30 minutos	25	27	23	26	16	38	36	10
Más de 30 min.	4	3	5	2	-	8	8	2
<b>4... ¿Cuánto tiempo pasa entre el día de la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos?</b>								
En el día	66	70	60	58	84	68	60	60
Entre 1 y 10 días	3	4	2	2	8	2	-	4
Más de 10 días	1	2	-	2	2	2	-	-
Está embarazada o buscando embarazo	7	1	16	-	-	2	14	18
Está eligiendo MAC	3	2	4	-	2	4	8	-
No retira en ese lugar	13	11	15	26	4	4	18	12
No usa (menopausia, ligadura, decisión)	2	3	1	2	-	8	-	2
Tiene DIU (realiza controles)	5	7	2	10	-	10	-	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

Respecto de los comentarios de las usuarias y en conocimiento de que los establecimientos han probado las diferentes modalidades, puede decirse que los pros y los contras de las diferentes modalidades (a demanda espontánea/turnos) son percibidos por las mujeres:

mientras algunas manifestaron estar a favor de turnos programados, porque *“lo voy pidiendo con tiempo y sé que ese día me atienden”*, algunas comentaron preferir la atención *“por orden de llegada”*. Otras argumentaron que el tiempo de espera depende de la gente que va ese día, y viviendo cerca del CeSAC vuelven otro día si ven que ya hay mucha gente. No obstante, comentaron que *“Si es una urgencia te atienden igual sin turno”*.

Otros comentarios de las usuarias, cuando se preguntaba por los tiempos en las diferentes situaciones, aludían a que *“en todas las salitas son los mismos tiempos de espera”*, o *“en todas las salitas es igual y que no se puede pedir mucho, porque es gratis”*; o que *“uno no puede pedir mucho, hay mucha gente”*. Algunos de esos comentarios eran realizados por usuarias que esperaban generalmente más de una hora, pero que consideraban que estaba bien porque había mucha gente y en otros lugares es mayor aún la espera.

En general, las usuarias del hospital realizaban más comentarios negativos sobre los tiempos de espera, lo cual puede deberse a que muchas viven lejos del hospital —en distintos partidos del Conurbano— y no pueden volver a su casa como sí lo hacen las usuarias del CeSAC, que por la cercanía retiran el número y vuelven sobre la hora de la consulta. También puede incidir el tiempo ocupado en el traslado hacia el establecimiento, y que deben hacer fila desde más temprano para conseguir turnos.

La evaluación del tiempo transcurrido de acuerdo a las expectativas previas de las usuarias es presentada excluyendo a aquellas que son atendidas espontáneamente (46%) y a aquellas que no retiran métodos anticonceptivos en ese establecimiento (30%).

Más de la mitad de las usuarias que no se atienden en el día consideró que el tiempo transcurrido entre el día en que le dan el turno y el día en que son atendidas por ese turno es *“justo el que esperaba”*. Tres de cada diez entrevistadas consideraron que el tiempo de espera fue *“más del que esperaba”* antes de concurrir a la consulta.

Para más de la mitad de las usuarias entrevistadas, el tiempo que pasó desde que llegó al establecimiento hasta que entró en la consulta fue *“justo el que esperaba”*, y para cuatro de cada diez fue *“más del que esperaba”*.

El tiempo de duración de la consulta con el profesional es uno de los indicadores que más se ajusta a las expectativas previas de las usuarias: para el 87% de las entrevistadas la duración de la consulta fue *“justo lo que esperaba”*.

La mayoría de las usuarias que reciben métodos en el establecimiento consideran que el tiempo que pasa entre la consulta y la entrega de métodos es también *“justo el que esperaba”* (88%), o *“menos del que esperaba”* (8%). Sólo un 3% consideró que el tiempo que pasó entre la consulta y la entrega de MAC fue *“más del que esperaba”*.

Se registraron diferencias en las expectativas en el indicador que refiere al tiempo que la usuaria tuvo que esperar desde que llegó al establecimiento hasta que entró a la consulta: ese tiempo fue *“más del que esperaba”* para el 53% de las usuarias del hospital, y para el 24% de las usuarias del CeSAC. También en el indicador referido a las expectativas del tiempo transcurrido entre el día de la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos; en este caso fue *“menos tiempo del que esperaban”* para el 12% de las usuarias de CeSAC vs el 2% de usuarias del hospital.

No se registraron diferencias según nivel socioeconómico ni edad. Sí se registraron en la frecuencia de concurrencia a los servicios: respecto a la duración de la consulta con el profesional, las usuarias frecuentes consideraron que el tiempo fue *“justo el que esperaban”* (92%), más que las esporádicas (82%). Respecto al tiempo pasa entre el día de la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos, es *“menos del que esperaba”* para las usuarias

frecuentes (13%) que para las usuarias esporádicas (1%). En este sentido, podría considerarse que hay cierta influencia del método anticonceptivo en estas evaluaciones: generalmente las usuarias que van con menor frecuencia es porque tienen colocado DIU, método que requiere de ciertos estudios y condiciones para su colocación que podrían incidir en las expectativas de estas usuarias. Las usuarias que asisten con mayor frecuencia, por lo general, utilizan otros métodos como los anticonceptivos orales, de entrega inmediata.

La evaluación de la dimensión técnica en cada uno de los centros/servicios señala que en casi todos los indicadores más de la mitad de la muestra optó por la opción de respuesta “justo el que esperaba” (excepto en el servicio de Salud Reproductiva, en el indicador referido al tiempo de espera desde que llega al establecimiento hasta que entra a la consulta).

Si se establece un ranking de estos indicadores, aunque con algunas variantes de acuerdo a la pregunta, puede decirse que el CeSAC 41, el CeSAC 9 (las usuarias de este establecimiento fueron las que más consideraron que los tiempos fueron “menos del que esperaban”, desconfirmando positivamente las expectativas) y el servicio de Adolescencia son los establecimientos en los que más se ajustan los tiempos de espera a las expectativas previas de las usuarias, luego el CeSAC 15, y por último el servicio de Salud Reproductiva.

A continuación, el cuadro con el detalle de las evaluaciones.

**Cuadro 22.** Expectativas sobre el tiempo transcurrido en cada situación según nivel de atención y centros/servicios

	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>En porcentajes (%)</b>								
<b>1... ¿Cuánto tiempo pasa entre el día/hora que le entregan el turno y el día/hora que la atienden por ese turno?</b>								
Menos del que esperaba	6	7	2	26	5	-	-	6
Justo el que esperaba	67	65	72	53	62	75	77	63
Más del que esperaba	27	28	26	21	33	25	23	31
<b>Base</b>	<b>(136)</b>	<b>(94)</b>	<b>(42)</b>	<b>(19)</b>	<b>(39)</b>	<b>(36)</b>	<b>(26)</b>	<b>(16)</b>
<b>2... ¿Cuánto tiempo pasa desde que llega a este servicio/centro hasta que entra a la consulta?</b>								
Menos del que esperaba	9	11	5	20	8	6	2	8
Justo el que esperaba	54	64	42	60	60	70	52	32
Más del que esperaba	36	24	53	20	28	24	46	60
No sabe	1	1	-	-	4	-	-	-
<b>3... ¿Cuánto dura la consulta con el profesional?</b>								
Menos del que esperaba	9	9	9	12	16	-	6	12
Justo el que esperaba	87	86	89	82	82	94	92	86
Más del que esperaba	3	4	1	6	2	4	-	2
No sabe	1	1	1	-	-	2	2	-
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

**Cuadro 22.** Expectativas sobre el tiempo transcurrido en cada situación según nivel de atención y centros/servicios (continuación)

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
4... ¿Cuánto tiempo pasa entre el día de la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos?								
Menos del que esperaba	8	12	2	23	13	-	-	3
Justo el que esperaba	88	83	98	74	77	100	100	97
Más del que esperaba	3	4	-	3	8	-	-	-
No sabe	1	1	-	-	2	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(174)</b>	<b>(112)</b>	<b>(62)</b>	<b>(30)</b>	<b>(47)</b>	<b>(35)</b>	<b>(30)</b>	<b>(32)</b>

En síntesis, si bien hay variaciones en los tiempos demandados para cada situación en los distintos establecimientos, estos responden a los esquemas de atención desarrollados en cada uno de los servicios, lo cual dificulta una evaluación comparativa. Las expectativas sobre esos tiempos podrían estar dando cuenta que la entrega de turnos, la duración de la consulta y los tiempos en la entrega de métodos son evaluados positivamente por las usuarias. La peor evaluación en esta dimensión es la del tiempo de espera entre la llegada al establecimiento y la consulta. Algunas usuarias, si bien manifestaron su disconformidad, mencionaron que al menos saben que tarde o temprano serán atendidas, lo que según ellas, no sucede en los partidos de la provincia de Buenos Aires en los que viven. En este sentido, se confirma lo que señalan algunos estudios sobre el tema: la proximidad geográfica a los servicios no es criterio único de calidad, las usuarias están dispuestas a viajar distancias más largas si les ofrecen servicios de mejor calidad y donde el trato era más cordial y respetuoso (OPS, 2000).

### Evaluación de la dimensión ambiental

La evaluación de la dimensión ambiental indagó sobre dos cuestiones vinculadas a la infraestructura disponible: la privacidad en la consulta y la evaluación de las instalaciones.

#### EVALUACIÓN DE LA PRIVACIDAD EN LAS CONSULTAS

En el caso de la privacidad, se indagó sobre la frecuencia con que ocurren las siguientes situaciones: salió, entró o hubo gente en el consultorio, había un lugar para desvestirse sin que nadie la vea, y se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes.

La evaluación de la privacidad durante las consultas es positiva: ocho de cada diez entrevistadas manifestaron que “nunca” entró, salió o hubo gente adentro del consultorio, además del profesional y que “nunca” escuchaban lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes. El indicador con peor evaluación es el que refiere a si había un lugar para desvestirse sin que nadie la vea (“siempre” 54%).

Se registraron diferencias según nivel de atención en dos indicadores. Por un lado, respondieron que “nunca” pudieron desvestirse sin que nadie las vea el 47% de las usuarias del Hospital, versus 25% de las usuarias de CeSACs. Por otro lado, y en sentido inverso, respondieron que “nunca” se escuchaba lo que hablaban otros/as médicos/as con sus pacientes más usuarias del hospital (85%) que de los CeSAC (70%).

La observación de la infraestructura edilicia puede ayudar a comprender esas evaluaciones, ya que los consultorios de los CeSAC suelen ser conformados mediante divisiones de espacios amplios, y esto hace que se escuche de un box a otro. Incluso, en el CeSAC 15, en el mismo consultorio atienden en forma paralela dos ginecólogas, y la separación es por un biombo que no contiene las voces. Si bien es la forma encontrada para resguardar la privacidad en la revisión, no se puede controlar la privacidad auditiva.

No se registraron diferencias según nivel socioeconómico, edad ni frecuencia de concurrencia al servicio/centro.

En lo que se refiere a la privacidad en la consulta, el ranking de establecimientos es: CeSAC 41, CeSAC 9, servicio de Adolescencia, servicio de Salud Reproductiva y CeSAC 15 (considerando globalmente la categoría “nunca”). Las distribuciones de frecuencia de los indicadores se pueden observar en el cuadro que sigue.

**Cuadro 23.** Evaluación de la privacidad durante las consultas según nivel de atención y centros/servicios

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>1... ¿Entró, salió o hubo gente adentro del consultorio, además del profesional?</b>								
Nunca	<b>77</b>	76	78	86	46	96	80	76
A veces	<b>17</b>	15	20	14	28	4	18	22
Siempre	<b>6</b>	9	2	-	26	-	2	2
<b>2... ¿Había un lugar donde Ud. pudo desvestirse sin que nadie la vea?</b>								
Nunca	<b>34</b>	25	47	42	26	6	18	76
A veces	<b>11</b>	8	17	6	16	2	16	18
Siempre	<b>54</b>	66	35	52	58	90	64	6
No sabe	<b>1</b>	1	1	-	-	2	2	-
<b>3... ¿Se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes?</b>								
Nunca	<b>76</b>	70	85	88	22	100	82	88
A veces	<b>12</b>	14	10	8	34	-	8	12
Siempre	<b>11</b>	15	5	2	44	-	10	-
No sabe	<b>1</b>	1	-	2	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

#### EVALUACIÓN DE LAS INSTALACIONES

En lo que respecta a las instalaciones, se indagó acerca de la limpieza de la sala de espera, la limpieza de consultorios, la limpieza de baños, la comodidad de la sala de espera, la comodidad de los consultorios, la disponibilidad de ascensores y la señalización del establecimiento.

En lo que refiere a la limpieza, es mejor evaluada la limpieza del consultorio (“buena” 97%), luego la sala de espera (“buena” 82%) y por último, los baños (“buena” 59%). El 22% de las entrevistadas manifestó no saber si la limpieza de los baños es buena, regular o mala por no haberlos utilizado nunca.

Los indicadores restantes también tienen una evaluación positiva: comodidad del consultorio (“buena” 92%), señalización del hospital/servicio (“buena” 91%), comodidad de la sala de espera (“buena” 87%); y disponibilidad de ascensores (“buena” 80%).

Se registraron diferencias según nivel de atención en cuatro indicadores. En primer lugar, el 87% de las usuarias de los CeSACs consideraron que la limpieza de la sala de espera es “buena”, mientras que el 76% de las usuarias del hospital optó por esa opción.

En segundo lugar, en los indicadores comodidad de la sala de espera, comodidad del consultorio y disponibilidad de ascensores, fueron más las usuarias del hospital las que responden la categoría “buena”, que las usuarias de los CeSACs.

Nuevamente, la observación de la estructura edilicia contribuye a la interpretación: las instalaciones del hospital son más funcionales a la concentración de gente dado que hay espacio preparado para la espera en los pasillos de cada consultorio, distribuyéndose mejor. En los centros de salud, son salas de espera más reducidas en las que confluyen todos los usuarios, por tanto hay mayor concentración de gente. Incluso, son espacios más reducidos y algunas construcciones no preparadas para tal fin, como lo es el CeSAC 15.

No se registran diferencias según edad. Según frecuencia de concurrencia sólo en un indicador hay diferencias: mientras que la limpieza de los baños es “buena” para el 65% de las usuarias frecuentes, sólo lo es para el 52% de las esporádicas, es decir, a mayor concurrencia, mejor evaluación.

Se registran diferencias por nivel socioeconómico en tres indicadores. La limpieza de los baños es “buena” para el 70% de las usuarias de nivel marginal, y para el 50% de las de nivel medio/bajo. Siguen la misma tendencia los indicadores sobre la comodidad de la sala de espera (usuarias de nivel socioeconómico marginal 92% vs usuarias de nivel socioeconómico medio/bajo 82%), y la disponibilidad de ascensores (usuarias de nivel socioeconómico marginal 87%, vs usuarias de nivel socioeconómico medios/bajo 75%). Es decir, que a mayor nivel socioeconómico peor evaluación, lo cual podría dar cuenta de situaciones en las que las usuarias tengan o hayan tenido cobertura privada, y evalúan las instalaciones de estos establecimientos en relación a las experiencias de las instalaciones de la obra social o prepaqa anterior.

Las evaluaciones en cada servicio conforman el ranking de este indicador con el CeSAC 41 en primer lugar, luego el servicio de Salud Reproductiva, luego el servicio de Adolescencia y por último, los CeSAC 9 y 15. Cabe destacar en este sentido, tal como se mencionó en la descripción del ámbito de estudio este centro funciona en una casa antigua, adaptada para tal fin, pero con limitaciones visibles en cuanto a lo edilicio (tamaños reducidos de sala de espera, tamaños reducidos de consultorios, etc.) que no son las que atraviesan los demás centros y servicios con edificaciones construidas para ese funcionamiento.

También es interesante destacar algunos comentarios relacionados con la limpieza, dado que aclaran las evaluaciones realizadas por las usuarias: *“Están siempre limpiando, pero la gente ensucia”* (19 años, Adolescencia); *“Para lo que es un hospital público está bien, en otros no ves personal de limpieza”* (36 años, Salud Reproductiva). Los comentarios dan cuenta de la percepción de responsabilidades compartidas, la limpieza no es algo que sólo dependa del establecimiento, también hay una cuestión del mantenimiento que hace la gente mientras dura la espera.

En el cuadro que sigue, se puede observar en detalle la evaluación de los indicadores referidos a las instalaciones.

**Cuadro 24.** Evaluación de las instalaciones según nivel de atención y centros/servicios

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
1...La limpieza de la sala de espera								
Mala	2	1	2	-	2	2	-	4
Regular	16	11	22	14	12	8	26	18
Buena	82	87	76	84	86	90	74	78
No sabe	-	1	-	2	-	-	-	-
2...La limpieza del consultorio								
Regular	3	5	1	4	10	-	2	-
Buena	97	95	99	96	90	100	98	100
3...La limpieza de los baños								
Mala	6	3	11	2	8	-	14	8
Regular	13	11	15	12	18	4	12	18
Buena	59	63	54	66	46	76	48	60
No sabe	22	23	20	20	28	20	26	14
4...La comodidad de la sala de espera								
Mala	3	3	2	-	10	-	2	2
Regular	10	14	5	10	28	4	6	4
Buena	87	83	93	90	62	96	92	94
5... La comodidad del consultorio								
Mala	1	1	-	-	4	-	-	-
Regular	7	10	3	8	18	4	2	4
Buena	92	89	97	92	78	96	98	96
6...La disponibilidad de ascensores								
Regular	3	4	2	8	-	4	-	4
Buena	80	69	97	92	20	96	100	94
No sabe	17	27	1	-	80	-	-	2
7...La señalización del hospital /centro								
Mala	2	2	3	-	6	-	6	-
Regular	7	6	8	4	10	4	8	8
Buena	91	92	89	96	84	96	86	92
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

En síntesis, la dimensión ambiental de la calidad de atención es, en general, bien evaluada. Los indicadores que reciben peor evaluación de las usuarias son los de existencia de un lugar para desvestirse sin que nadie la vea y limpieza de los baños. No obstante, como se mencionaba anteriormente fueron muchos los comentarios relacionados a que *es la gente la que no cuida*. La estructura edilicia de los establecimientos cumple un papel fundamental en los indicadores de esta dimensión, tanto sobre aquellos que evalúan directamente las instalaciones como de los que evalúan la privacidad de la consulta, que están estrechamente relacionados a la disponibilidad y tamaño de los consultorios.

En este sentido, varios indicadores vinculados a instalaciones son los únicos en los que la evaluación de las usuarias del hospital es más positiva que la de las usuarias de los CeSAC. Las razones comentadas antes, en relación a las características de las edificaciones y la distribución de la gente en diversas salas de esperas o pasillos dispuesto para tal fin propio

de los hospitales contribuye a entender esta diferencia que es contraria a la tendencia de los indicadores anteriores, en los cuales las usuarias de los CeSAC realizaban mejor evaluación que las del hospital.

### **Evaluación de la dimensión educación y comunicación**

Por último, la evaluación de la educación o comunicación recibida a través de carteles, folletos, pósteres, indagó sobre trece temas: Métodos anticonceptivos, ley de Salud Reproductiva y Procreación responsable, VIH/sida, anticonceptivos para adolescentes, derechos sexuales y reproductivos, ligadura de trompas, violencia, anticoncepción de emergencia, enfermedades de transmisión sexual, Papanicolaou, mamografía, autoexamen de mamas, menopausia. Se preguntó además por la utilidad de esa información.

El mayor porcentaje de información recibida es sobre los métodos anticonceptivos (70%) y sobre VIH/sida (66%). Cabe recordar los comentarios de Bruce (1998) referidos a los métodos anticonceptivos y la importancia de la elección y el cambio. La elección informada del método contribuye a la continuidad de uso, por tanto, no se trata sólo de abastecer MAC sino que deben brindarse con calidad técnica e interpersonal, informando sobre diversos métodos, y la posibilidad de cambio y siguiendo el uso sostenido de los MAC por las usuarias. El mayor porcentaje de información referido a MAC adquiere importancia a la hora de evaluar la calidad brindada por los servicios en ese aspecto.

Luego, le sigue un grupo de temas sobre los cuales entre el 50% y el 60% de las usuarias entrevistadas manifestó haber recibido información (ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Papanicolaou, enfermedades de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos, mamografía, anticonceptivos para adolescentes, anticoncepción de emergencia, y autoexamen de mamas).

Y, por último, un grupo de temas sobre los cuales menos del 40% de las usuarias manifestó haber recibido información: violencia (40%), menopausia (39%) y ligadura de trompas (32%). Cabe destacar que la sanción de la ley 26130 establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de los conductos deferentes o vasectomía”, en los servicios del sistema de salud, desde el año 2006. No obstante, de acuerdo a las respuestas de las usuarias es escasa su difusión.

Se registraron diferencias según nivel de atención en todos los indicadores: con diferentes énfasis, pero sobre todos los temas, las usuarias de los CeSACs manifestaron haber recibido algún tipo de información a través de folletos, trípticos, pósteres, etc., en mayor medida que las usuarias que concurren al hospital. Estos resultados se constatan con las observaciones de las salas de espera realizadas por la investigadora (Véase ámbito de estudio y dinámica del trabajo de campo). También cabe mencionar que los efectores del hospital comentaron en una de las entrevistas haber tenido inconvenientes en la utilización de la folletería y carteles, porque éstos eran arrancados constantemente por personas ajenas al servicio.

No se registraron diferencias según nivel socioeconómico. Sí hay diferencias en los temas sobre los cuales recibieron información por edad y frecuencia de concurrencia al servicio/centro. Las usuarias adultas manifestaron haber recibido más información que las jóvenes sobre la ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, sobre ligadura, sobre Papanicolaou, sobre mamografía, sobre auto examen de mamas y sobre menopausia (en todos los casos, los porcentajes tienen más de 12 puntos de diferencia). Algunos de estos temas suelen ser considerados por el profesional en la consulta en función a la etapa del ciclo de vida atravesada por la usuaria.



También se registran diferencias en los temas sobre los que recibieron información de acuerdo a la frecuencia de concurrencia de las usuarias: las usuarias frecuentes manifestaron haber recibido más información que las esporádicas sobre métodos anticonceptivos, ley de Salud Sexual y Reproductiva, VIH, Papanicolaou y sobre mamografía. En todos los casos, los porcentajes tienen más de 13 puntos de diferencia.

Los temas sobre los cuales las usuarias recibieron o no información, según centro o servicio, siguen la tendencia descrita para el total: el mayor porcentaje de información recibida es sobre los métodos anticonceptivos y sobre VIH/sida. Y adquiere algunas particularidades propias de la demanda de cada uno de los establecimientos: en el servicio de Adolescencia, luego de métodos anticonceptivos que ocupan el primer lugar en el ranking de información recibida, se encuentra la información sobre anticonceptivos para adolescentes, y la información sobre menopausia ocupa el último puesto. De modo inverso, la información sobre anticonceptivos para adolescentes ocupa el último lugar en el servicio de salud reproductiva del hospital. La información sobre ligadura de trompas —aunque con 40% de menciones— es el último tema en los rankings de los tres centros de salud.

En cuanto a estos temas, fue interesante una apreciación realizada por una entrevistada en el servicio de Adolescencia: “*También te preparan para buscar un embarazo, como a mí*”. En este sentido, cabe destacar que el cuestionario inicial contemplaba una pregunta vinculada a la infertilidad, y que tuvo muy baja evaluación de parte de los profesionales quienes argumentaron que no son temas prioritarios para un hospital público (Mattioli, 2008).

En el mismo sentido, dando cuenta de un enfoque más habitual de salud reproductiva relacionada con MAC, algunas entrevistadas manifestaron que también les dieron folletos sobre las distintas etapas del embarazo, ítem no contemplado en el instrumento.

No contemplado en el instrumento por las condiciones de legalidad, pero que tampoco surgió como comentario espontáneo de las usuarias está el tema del aborto. A pesar de que en el servicio de Adolescencia se desarrolla consejería preaborto y postaborto (Vázquez et al, 2006a y 2006b) las usuarias no hicieron menciones sobre la temática.

**Cuadro 25.** Temas sobre los cuales recibió o no información a través de folletos, trípticos, pósteres, según nivel de atención y centros/servicios

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>1. Métodos anticonceptivos</b>								
Sí	<b>70</b>	79	56	76	92	68	62	50
No	<b>30</b>	20	44	24	8	28	38	50
No sabe	<b>1</b>	1	-	-	-	4	-	-
<b>2. Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable</b>								
Sí	<b>56</b>	65	41	62	74	60	44	38
No	<b>44</b>	33	59	38	24	38	56	62
No sabe	<b>1</b>	1	-	-	2	2	-	-
<b>3. VIH/sida</b>								
Sí	<b>66</b>	78	47	80	84	70	54	40
No	<b>34</b>	21	53	20	16	28	46	60
No sabe	<b>-</b>	1	-	-	-	2	-	-

**Cuadro 25.** Temas sobre los cuales recibió o no información a través de folletos, trípticos, pósteres, según nivel de atención y centros/servicios (continuación)

En porcentajes (%)	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
<b>4. Anticonceptivos para adolescentes</b>								
Sí	51	63	34	56	76	56	56	12
No	48	36	66	44	22	42	44	88
No sabe	1	1	-	-	2	2	-	-
<b>5. Derechos sexuales y reproductivos</b>								
Sí	53	65	35	54	82	58	44	26
No	46	34	65	46	16	40	56	74
No sabe	1	1	-	-	2	2	-	-
<b>6. Ligadura de trompas</b>								
Sí	32	40	21	40	40	40	28	14
No	67	59	79	60	60	58	72	86
No sabe	1	1	-	-	-	2	-	-
<b>7. Violencia</b>								
Sí	41	53	22	58	52	50	22	22
No	59	46	78	42	48	48	78	78
No sabe	-	1	-	-	-	2	-	-
<b>8. Anticoncepción de emergencia</b>								
Sí	51	57	42	64	62	46	48	36
No	48	41	58	34	38	52	52	64
No sabe	1	1	-	2	-	2	-	-
<b>9. Enfermedades de transmisión sexual</b>								
Sí	54	67	34	68	78	56	34	34
No	46	32	66	32	22	42	66	66
No sabe	-	1	-	-	-	2	-	-
<b>10. Papanicolaou</b>								
Sí	54	67	35	64	74	64	36	34
No	45	32	65	36	26	34	64	66
No sabe	1	1	-	-	-	2	-	-
<b>11. Mamografía</b>								
Sí	53	65	34	64	68	64	34	34
No	47	34	66	36	32	34	66	66
No sabe	-	1	-	-	-	2	-	-
<b>12. Autoexamen de mamas</b>								
Sí	50	62	33	62	60	64	34	32
No	49	37	67	38	40	34	66	68
No sabe	1	1	-	-	-	2	-	-
<b>13. Menopausia</b>								
Sí	39	57	12	62	58	52	8	16
No	60	42	88	38	42	46	92	84
No sabe	1	1	-	-	-	2	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

En lo que refiere al último indicador de esta dimensión, para el 75% de las usuarias entrevistadas la información de los folletos, trípticos, pósteres, etc., es “muy útil”. Además, muchas usuarias aclaraban frente a esta pregunta que tenían talleres y charlas en los cuales recibían información.

Algunos comentarios realizados por las usuarias que consideraron útiles los folletos son: *“Leyéndolos se tiene más información”* (45 años, CeSAC 9), o que sirven *“Para informarse porque muchos no conocen”* (26 años, CeSAC 9); *“Aprendés con los folletos”* (20 años, CeSAC 15), *“Porque son para orientarte y saber más, que te despierten más dudas”* (21 años, Adolescencia), dando cuenta del papel educativo de éstos. Aquellas entrevistadas que manifestaban que eran “poco útiles” señalaban que *“No están claros, no son específicos”* (28 años, CeSAC 15). Otras señalaban que *“Es mejor lo que dice la doctora”* (30 años, CeSAC 41), *“Es más útil la charla, te queda más claro, el folleto lo dejás en la mesa”* (22 años, CeSAC 41), *“No tenía mucha información, a veces los leo, y no es lo mismo que te expliques, entendés más cuando te explican”* (17 años, Adolescencia).

También parecería generarse una percepción diferente en el plano individual y en el clima de opinión: individualmente manifiestan leerlos, les parecen interesante; pero comentan que la mayoría no los lee, los tira. No obstante, no fue una pregunta del cuestionario.

No se registraron diferencias según nivel de atención, edad, nivel socioeconómico ni frecuencia de concurrencia al centro/servicio. Cabe aclarar que la categoría “nada útil” fue incluida entre las opciones, pero no fue elegida por ninguna de las encuestadas.

Si se establece un ranking de acuerdo a los porcentajes de la categoría “muy útil”, las usuarias que más respondieron por esa opción concurren al CeSAC 15 y al servicio de Salud Reproductiva, luego le siguen las usuarias del CeSAC 9, del servicio de Adolescencia y por último, del CeSAC 41.

**Cuadro 26.** Evaluación de la utilidad de la información recibida a través de folletos, trípticos, pósteres sobre cada tema según nivel de atención y centros/servicios

	TOTAL	NIVEL DE ATENCIÓN		POR CENTRO/SERVICIO				
		CeSAC	Hospital	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
En porcentajes (%)								
Poco útil	8	10	6	6	12	12	2	10
Muy útil	75	74	75	74	84	64	66	84
No sabe	16	15	18	18	4	24	30	6
No contesta	1	1	1	2	-	-	2	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(150)</b>	<b>(100)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>	<b>(50)</b>

En síntesis, las usuarias manifiestan haber recibido información sobre todos los temas, con diferentes énfasis según tema: Métodos anticonceptivos es sobre el que más respondieron que sí; y con variantes de acuerdo a los servicios, por ejemplo, anticonceptivos para adolescentes, principal en el servicio de Adolescencia. Pero es alto el porcentaje de usuarias que refieren no haber visto carteles o pósteres sobre temas relacionados al Programa de Salud Sexual y Reproductiva, como anticoncepción hormonal de emergencia (entre 3 y 6 de cada 10 usuarias mencionó “no”), ligadura de trompas, y derechos sexuales y reproductivos. Si bien reconocen la utilidad de los folletos, trípticos o pósteres para informarse, aprender, recordarlo y difundirlo, también manifiestan el interés en las charlas y los talleres, donde la información brindada en el contacto personal parecería ser más adecuada a sus necesidades.

## CIERRE

Se presentan, en primer lugar, la síntesis, la discusión y las recomendaciones a la luz de los hallazgos. Este material fue presentado a los equipos de salud contactados en los establecimientos donde se realizó el trabajo de campo, con el objetivo de acercar la evidencia empírica. El resultado de ese proceso de intercambio se describe en segundo lugar, en el capítulo *De la investigación a la política pública: intentando la “traducción”*.

### **Síntesis, discusión y recomendaciones**

En primer lugar, se presenta la síntesis y algunas reflexiones sobre los hallazgos de la evaluación de la calidad de atención realizada por las usuarias.

La evaluación global de la calidad de atención es positiva en todos los servicios/centros. El 95% de las entrevistadas se considera muy satisfecha (51%) o satisfecha (44%) con la atención recibida en general en las últimas consultas. El 96% de las entrevistadas recomendaría el servicio o CeSAC a otra persona.

Las principales razones por las cuales las usuarias recomendarían el servicio/CeSAC son: el buen trato que reciben de parte del equipo de salud (calidez, información, amabilidad); la disponibilidad de insumos y la rapidez en la atención y la organización en la entrega de turnos. Las razones por las cuales no recomendarían son la demora en la entrega de turnos; los prolongados tiempos de espera y el mal el trato del personal administrativo.

Si bien es cierto que el trato del equipo de salud es evaluado positivamente, cabe destacar que también se lo menciona como un aspecto negativo que motivaría la no recomendación del servicio. El indicador es tan importante para evaluar la calidad de la atención, que la presencia de un acontecimiento adverso, aún en una trayectoria de situaciones de buen trato, va en desmedro de la evaluación global positiva.

En este sentido, podría estar incidiendo el hecho de que al tratarse de una encuesta de salida, las entrevistadas asocian la evaluación global al resultado inmediatamente anterior —aunque se señale al momento de encuestar que piensen en las últimas consultas—. Por tanto, si la consulta con el profesional fue buena, la usuaria logró resolver el problema, fue informada y recibió métodos anticonceptivos, la evaluación global de la calidad de atención será buena aunque en el proceso hayan pasado por momentos desagradables (tiempos de espera prolongados, instalaciones en malas condiciones de limpieza, mal trato del personal administrativo, entre otras). Por consiguiente, aquellas usuarias que tuvieron una mala experiencia en la consulta (aunque son menos), cuando tienen que evaluar globalmente, brindan una mala evaluación de la calidad de atención.

Otra situación que puede estar asociada a la buena evaluación global está basada en el componente comparativo y normativo de conceptos tales como equidad, necesidades, y también calidad. Así, la ausencia de parámetros para realizar la comparación —sean establecimientos privados o de otra Área Programática— en las trayectorias de las usuarias, podría incidir en la buena evaluación de los establecimientos a los que asisten. Ejemplo de esta noción son los comentarios vertidos por algunas usuarias del conurbano que enfatizaban, al evaluar positivamente al Hospital Argerich, los aspectos que no encontraban en los hospitales de sus localidades.

Sería interesante desarrollar otros diseños de evaluación que permitan desbrozar la ponderación de las usuarias a la hora de evaluar globalmente el servicio, es decir, además de conocer la evaluación de cada dimensión tratar de comprender qué importancia tiene esa dimensión en la evaluación global, de acuerdo a la perspectiva de la usuaria.

Considerando las dimensiones de la calidad de atención, la mejor evaluada es la dimensión interpersonal. Le siguen la dimensión ambiental, la dimensión de educación y comunicación recibida y la dimensión técnica. Por tanto, respecto de la hipótesis (H1) según la cual la calidad de atención percibida por las usuarias varía según las diferentes dimensiones (interpersonal, técnica y ambiental), siendo mejor evaluada la dimensión interpersonal, los hallazgos la corroboran.

Estos hallazgos coinciden con la bibliografía, en la mayoría de los estudios la dimensión interpersonal es la mejor evaluada. No obstante, la dimensión interpersonal no es evaluada homogéneamente: los indicadores referidos al trato del personal administrativo reflejan peor evaluación que los indicadores referidos al trato de los equipos de salud y los indicadores de claridad e información recibida en las consultas.

En el caso de la salud sexual y reproductiva, la evaluación del trato de los profesionales no se basaría en posturas antagónicas, sobre las cuales las usuarias evalúen la amabilidad del profesional frente al maltrato, sino que también implica cuestiones referidas al grado de involucramiento de los profesionales con respecto a las trayectorias sexuales y reproductivas de las usuarias. Es decir, que la evaluación excede las nociones del trato amable y la cortesía, y se trataría también de que las cuestiones vinculadas a la sexualidad, tanto en provisión como en información, se ven facilitadas por los profesionales. Aunque estos aspectos pueden aplicarse a cualquier área o especialidad, en salud sexual y reproductiva genera una suerte de complicidad, que favorece el establecimiento de relaciones de confianza entre profesionales y usuarias, que se reflejan en la continuidad de uso de los MAC por parte de las usuarias y en la periodicidad de los controles ginecológicos, los cuales redundan en mejor salud para las mujeres.

También, puede argumentarse que se trata de médicas mujeres, y otras profesionales del equipo de salud mayoritariamente mujeres, que son vistas por las usuarias como amigas que permiten hablar sobre cuestiones de sexualidad y reproducción.

Así, de acuerdo a los comentarios de las usuarias, la dimensión interpersonal presenta dos caras. Las profesionales del equipo de salud comprometidas, que informan y entregan MAC, pero además aconsejan y permiten establecer lazos de confianza. Y, enfrente, las empleadas administrativas que mantienen la actitud opuesta: las retan, no brindan información, les gritan y las tratan mal. Es indudable la relevancia que tiene la dimensión interpersonal por el poder simbólico de la profesión médica; poder que se representa tanto desde el punto de vista de quien recibe la atención como desde el punto de vista médico cuando considera la representación de la calidad de la atención basada en su vocación de servicio. En este sentido, puede pensarse que la competencia técnica de los médicos no es discutida por las usuarias (en parte por ese poder simbólico, en parte por ser más compleja); mientras que las usuarias sí consideran que pueden evaluar, y evalúan, si los administrativos hacen bien o mal las cosas.

Se destacan también en la evaluación de la dimensión interpersonal algunas referencias a diferencias percibidas entre estos profesionales y otros de otras disciplinas, que son más fríos, menos amables, y retan a las usuarias; y no logran la relación afectiva o de complicidad que generan las médicas que trabajan en salud sexual y reproductiva. Podría suponerse que inciden las capacitaciones de los profesionales en derechos, género y temas afines brindadas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Sería recomendable, por tanto, mantener en mediciones posteriores la distinción dentro de la evaluación de la dimensión interpersonal del trato de profesionales y administrativos, e incluso podría pensarse en la distinción entre médicos y otros profesionales del equipo, para poder dar cuenta en mayor detalle de los aspectos privilegiados por las usuarias en la consulta, considerando que en algunos casos la consejería queda en manos de los

miembros del equipo más vinculados a las ciencias sociales, y la consulta clínica específica a cargo de los ginecólogos.

Considerando la evaluación de las dimensiones según nivel de atención, uno de los aportes centrales de este trabajo, se registran diferencias, no obstante no hay usuarias satisfechas y otras insatisfechas. Estando la mayoría satisfechas con la calidad de atención, hay algunas diferencias según los indicadores.

Para las usuarias que concurren a los CeSACs, el orden de las dimensiones de acuerdo a la mejor evaluación es dimensión interpersonal, dimensión ambiental, educación y comunicación recibida y dimensión técnica. Esto es, el mismo orden resultante para el total de la muestra. En cambio, las usuarias que concurren al Hospital evaluaron las dimensiones en el siguiente orden: dimensión ambiental, dimensión interpersonal, educación y comunicación y dimensión técnica.

Podría pensarse, entonces, que las usuarias que concurren a los CeSACs privilegian en la evaluación de la calidad de atención el trato interpersonal, principalmente con las médicas que las atienden. Este buen trato, además de la amabilidad en la consulta, se basa —como se dijo antes— en el asesoramiento o consejos que refieren recibir por parte de los profesionales; e incluso en la asistencia de los profesionales al hogar si la usuaria atraviesa algún problema, o la resolución de urgencias aún sin tener turno. La resolución de estas urgencias, en el campo de la anticoncepción, es muy importante para las entrevistadas.

Por otra parte, las usuarias que concurren al Hospital evaluaron mejor la dimensión ambiental. Los únicos indicadores en los cuales hay diferencia entre CeSACs y Hospital a favor de los segundos fueron los referidos a instalaciones, por lo cual la dimensión ambiental adquiere relevancia dentro del ranking de dimensiones para las usuarias que prefieren concurrir a ese nivel de atención.

Podría pensarse que en la elección de las usuarias por el Hospital inciden esas cuestiones estructurales, mejores comparativamente de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos. Es decir, el componente de la atención que privilegian es el más directamente vinculado al establecimiento, por considerarlo más cómodo y por resolver de manera más fácil la realización de estudios e interconsultas en el mismo lugar.

Si bien la privacidad visual (pudo desvestirse sin que nadie la vea) es mejor evaluada por las usuarias que concurren a los CeSACs, la privacidad auditiva (se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes) es mejor evaluada por las usuarias que asisten al Hospital. También evaluaron mejor la comodidad de la sala de espera, la comodidad del consultorio y la disponibilidad de ascensores las usuarias del Hospital que las usuarias de los CeSACs.

Por tanto, la estructura edilicia es la que incide en los indicadores mejor evaluados por las usuarias del hospital. Las instalaciones del hospital son más funcionales a la concentración de gente dado que hay espacio preparado para la espera en los pasillos de cada consultorio, distribuyéndose mejor la demanda. Son indicadores más estructurales, propios de modelos centrados en el gran hospital.

Los indicadores en los cuales es mayor la diferencia entre las evaluaciones positivas de las usuarias que asisten a los CeSAC y las usuarias que concurren al Hospital son aquellos más relacionados a la atención integral de la salud:

- Dos indicadores referidos al trato del equipo de salud (La tratan con respeto y Le preguntan si quiere que su pareja la acompañe a la consulta);

- Tres indicadores referidos al trato del personal administrativo (Le dan información sobre los trámites que debe realizar, Tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas, y La tratan con respeto);
- Tres indicadores referidos a claridad e información recibida (Los médicos/as le preguntaron si Ud. tenía alguna duda o pregunta, Los médicos/as le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas, y Se fue de la consulta con la sensación de que había resuelto lo que necesitaba resolver).

En todos los casos, por las referencias de las mujeres, podría suponerse que la mejor evaluación de las usuarias que concurren a los CeSACs se basa en el mayor tiempo dedicado a la consulta, el conocimiento de la historia clínica y el seguimiento a lo largo de los años por parte del mismo profesional, y cierta percepción de confianza generada con los profesionales. Incluso, las usuarias de los CeSACs realizan mejor evaluación —a pesar de ser menor que la del trato del equipo de salud— del trato del personal administrativo.

En cuanto a los tiempos, si bien con las variaciones de acuerdo a si se trabaja a demanda espontánea o programada, las usuarias de los CeSACs manifestaron esperar menos desde que llegan al establecimiento hasta que entran a la consulta que las usuarias del Hospital.

También, con diferente énfasis, manifestaron haber recibido más información sobre todos los temas; lo cual refleja la existencia de múltiples espacios de diálogo mencionados por las usuarias, además de la consulta, en los cuales tratan esos temas (talleres, charlas) con distintos profesionales.

Por tanto, respecto de la hipótesis de trabajo (H2) según la cual la calidad de atención percibida por las usuarias varía conforme a la variable independiente nivel de atención, evaluando más favorablemente las usuarias de los CeSACs por enmarcarse en el paradigma de APS, los hallazgos la corroboran.

Así, la variable nivel de atención es la que da cuenta de mayores variaciones en la evaluación; le siguen —tal como se describió en el análisis— la frecuencia de concurrencia (en 5 indicadores), el nivel socioeconómico (en 4 indicadores), y por último la edad (sólo en algunos de los temas sobre los cuales recibieron información).

Sería recomendable, en cuánto a futuros estudios, distinguir en las evaluaciones el nivel de atención para conocer, en la evaluación de la calidad de atención, las particularidades de cada establecimiento. Y, en lo que refiere a la política pública, la evaluación de las usuarias apoyaría el sustento de la estrategia de APS, pero desde ese paradigma también sería necesario que se refuerzan las cuestiones de estructura en los centros de salud, brindando así mejor comodidad en lo referente a las instalaciones.

Respecto de la evaluación de cada establecimiento, en primer término, la evaluación es satisfactoria en todos los centros y servicios. No obstante, hay gradaciones que están definidas por el número de indicadores en que cada establecimiento se ubicó en primer o segundo lugar en el ránking: CeSAC 41 (35 indicadores); CeSAC 9 (33 indicadores); CeSAC 15 (16 indicadores); el servicio de Adolescencia (10 indicadores) y, por último, el servicio de Salud Reproductiva (6 indicadores).

Respecto de las hipótesis de trabajo (H3) según la cual los perfiles socioedemográfico y reproductivo de las usuarias que concurren al Hospital o a los CeSACs son similares, siendo que conforman el Área Programática, los hallazgos la corroboran ya que dan cuenta de perfiles similares.

En segundo lugar, se plantean algunas reflexiones sobre aspectos referidos a esta primera experiencia de aplicación del instrumento de medición. Si bien el instrumento fue logrado a través del consenso de múltiples actores, la aplicación de éste sugiere algunas cuestiones a considerar en futuras mediciones.

Frente al indicador referido a si la llaman por su nombre, algunas usuarias manifestaron que la llaman por el apellido. Este indicador, no obstante, pretende conocer si las llaman utilizando adjetivos paternalistas o que las infantilizan tales como “gordi”, “mami”, “corazón”; y podría no ser entendido por las usuarias que manifiestan que siempre las llaman por el apellido —la observación en los establecimientos permite dar cuenta que esto sucede cuando la llaman para que ingrese al consultorio—, pero que después en la consulta utilizan estos adjetivos. En futuros estudios, idealmente de carácter cualitativo, podría profundizarse en esta pregunta para dar cuenta cómo es entendido por las usuarias.

Otro punto refiere a los MAC. En algunas situaciones, cuando se preguntaba por el tiempo que pasaba entre la consulta y la entrega de MAC las usuarias respondían que no retiraban MAC ahí, sino sólo preservativos. Parecería haber una disociación entre los demás MAC vinculados directamente a prevención de embarazos, y el preservativo, más asociado a la prevención de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. En este sentido, cabría indagar en detalle las referencias de estas usuarias sobre los MAC, y, en futuras mediciones considerar la aclaración de que se pregunta “incluso por preservativos”; ya que así se relevaría mejor la disposición y utilización de insumos otorgados por el Programa.

El indicador referido a si le preguntaron si quiere que la pareja la acompañe daría cuenta de una atención más integral, que pretende incorporar al varón en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Pero es importante destacar que se pregunte si quiere que la acompañe o no, brindando esa posibilidad y no enfatizar en que la acompañe; dado que el no acompañamiento puede significar el ejercicio de la autonomía de la mujer, frente a parejas que no quieren que utilice MAC. Estar atentos a estas situaciones contribuiría a la elección de métodos acordes a la realidad de cada usuaria y a la detección de casos de violencia.

En muy pocas experiencias —pero destacables como puntos de reflexión—, las usuarias tomaron el cuestionario como un libro de quejas. En un establecimiento, uno de los días de relevamiento, las médicas estaban demoradas con los turnos y algunas usuarias a las cuales sus vecinas les habían comentado que les hicieron una encuesta querían responder antes de la consulta, enfatizando la problemática de la demora en los turnos. Cuando respondieron la encuesta a la salida, lo único que querían manifestar era ese malestar con los horarios. También fueron frecuentes frases referidas a *“poné que nos grita”*, o *“poné que atiende de acuerdo al humor del día”* cuando evaluaban el trato de los administrativos, enfatizando el pedido de que escribiera todas sus quejas. En estos casos, la discusión es doble; por un lado, cabe la pregunta de si el cuestionario termina evaluando las últimas consultas como se les solicita, o si termina siendo un libro de quejas de la mala experiencia atravesada en la última consulta; y por otro, reflexionar sobre cuál es la incidencia de los investigadores en el ámbito de estudio. La presencia de alguien ajeno al escenario habitual de las instituciones fue percibida por usuarias y por los miembros de los establecimientos que no estaban al tanto de la realización de la investigación. Esa presencia puede (o no) variar las pautas de interacción, por lo que podría pensarse futuros estudios de medición de calidad basadas en técnicas como las de cliente encubierto.

Por último, desde las perspectivas de género y derechos puede decirse que cuando se habla del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos suele enfatizarse en los conceptos de autonomía y empoderamiento. Cabe preguntarse, en ese sentido, si la aplicación de instrumentos de este tipo puede transformarse en herramientas que



contribuyan a fortalecer el empoderamiento por medio de la difusión de derechos sexuales y reproductivos en general, y a recibir una atención de calidad en particular.

Los hallazgos dan cuenta de que sigue vigente la idea de que es la vocación de los médicos la que asegura la buena calidad (Petracci, 2007:94), lo cual se vincula más a una misión profesional que a la perspectiva de derechos, tanto desde la perspectiva de los profesionales como de las usuarias, que alegan la suerte de tener esos profesionales en el servicio.

A eso se suma la fuerte incidencia de la privatización como idea fuerza, que modificó la percepción de la sociedad, desplazando la confianza en las instituciones públicas hacia el mercado. Así, la idea de mercantilización permeó todos los ámbitos de la vida, y se hace manifiesta en las frases de las usuarias referidas a que siendo gratis —en un contexto donde todo es mercantilizado— no pueden quejarse. Más enfático aún, cuando se entrega un producto como el MAC.

Por último, incidiría en estas visiones despejadas de la perspectiva de derechos el modelo de los planes sociales, que enfatizaron en la mujer cuidadora y en la salud de los niños como contraprestación del ingreso recibido. Por tanto, la atención de la salud —en el caso de los hijos— podría ser vista por las mujeres como la contraprestación por el plan; es decir, respuesta a algo. Así, la atención de la salud en general de las mujeres, y específicamente en salud sexual y reproductiva, no se visualiza como un derecho, como ejercicio de la ciudadanía, sino que es visto como algo que se da. En ese contexto, la no disponibilidad de MAC, por ejemplo, no es considerada violación de un derecho, y por tanto no se reclama.

Estas reflexiones refuerzan la necesidad de superar el uso retórico de derechos y género, y aplicarlos efectivamente a políticas, y a la práctica concreta y cotidiana de cada una de las personas involucradas en los programas.

### **De la investigación a la política pública: intentando la “traducción”**

Este capítulo surge del interés de interactuar con los equipos que permitieron y colaboraron en la realización del trabajo empírico, comentar los resultados y reflexionar juntos sobre el aprendizaje que se podría obtener de esos datos, aporte central de una evaluación. Además los vínculos entre gestión e investigación fortalecen el trabajo de ambos; la investigación aplicada ayuda a adoptar mejores políticas brindando insumos útiles para la toma de decisiones, y la investigación se enriquece en su interacción con el proceso real de las políticas.

El desarrollo de investigaciones en donde se incorpore la perspectiva de los tomadores de decisiones y de usuarios permite un trabajo más articulado de producción y difusión de conocimiento entre los diferentes actores, que favorece el tendido de puentes entre investigación y toma de decisión. Cabe destacar en este sentido, que la importancia de la medición de la calidad de atención está estrechamente relacionada al análisis de los resultados y su utilización como guía de acción, y no en la mera acumulación de encuestas. Además, dadas las múltiples dimensiones y los diversos enunciadores para definir la calidad de atención, una experiencia interdisciplinaria enriquece el entendimiento, con distintos enfoques y conocimientos.

La bibliografía recomienda tender estos puentes entre la investigación y la toma de decisión, es importante que los datos obtenidos trasciendan el círculo académico. Además, cada vez con mayor frecuencia, los investigadores enfatizan en la importancia de la devolución de los hallazgos a los sujetos con quienes se produjo la información (Giarraca y Aparicio, 1995; Nirenberg et al, 2000).

Probablemente, algunas de las cuestiones abordadas ya habían sido atravesadas, pensadas, reflexionadas y vueltas a pensar por equipos que tienen veinte años de trabajo en el lugar, y en ningún caso considero los puntos de discusión originales e iluminadores, por lo que el camino del diálogo basado en la evidencia de los hallazgos obtenidos me pareció el mejor para tender puentes entre la investigación y la implementación de una política.

Con estas ideas, se realizaron las entrevistas con los efectores contactados antes del trabajo de campo, con el propósito de describir los hallazgos y dialogar sobre los resultados. Incluso en el CeSAC 41, el resto del equipo pidió que los resultados se mostraran en la reunión semanal que realizan y fue un encuentro muy rico con los demás profesionales del establecimiento, de diversas disciplinas, y no afectados a las tareas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

En algunos establecimientos, la devolución no logró llevarse a cabo. Cabe la reflexión entonces acerca de lo que sugiere la bibliografía y lo que sucede en el cierre de la investigación. Por un lado, los profesionales mencionaron no disponer de tiempo para este intercambio; pero, por otro, cabría pensar en las culturas institucionales y la ausencia de la práctica de evaluación, y por tanto de devolución de resultados.

Se exponen a continuación algunos puntos de reflexión del intercambio con los equipos de salud, basados en la evaluación como práctica; en la calidad de atención; en la perspectiva de género y en la perspectiva de derechos.

Desde el punto de vista de la evaluación, es importante que los profesionales de los equipos de salud involucrados en una evaluación puedan opinar en tanto los aspectos evaluados afectan su trabajo, teniendo una mirada diferente y otro acercamiento al fenómeno que puede contribuir al mejor entendimiento de la atención en salud sexual y reproductiva.

Además, es más viable implementar modificaciones basadas en la evidencia, cuando desde los equipos se participa y se reflexiona sobre los resultados.

En este sentido, si bien parte de la bibliografía refiere a cierta “resistencia al cambio” en las instituciones (Lareo, 2008; Pérez Lugo, 2007; Cohen y Franco, 1992), esta experiencia de investigación permitiría pensar que lo que se denomina “resistencia al cambio” implicaría en realidad dos procesos paralelos. Por un lado, uno vinculado a la resistencia a no a ser estudiados, a formar parte de una evaluación, a ser evaluados. Y, por otro lado, de resistencia al cambio vinculada a la aplicación concreta de resultados, que implica modificar prácticas y rutinas explícitas e implícitas en la lógica institucional y la práctica profesional.

En los establecimientos en los cuales se realizaron las entrevistas, el primer momento, al menos, no se observó y hubo buena disposición de los efectores a ser evaluados.

Cabe destacar que los profesionales comparten una consideración favorable hacia la calidad de atención; coinciden así con las usuarias, con quienes muchas veces comparten situaciones, como la realización de consultas sin los insumos necesarios, o en malas condiciones edilicias, que van en desmedro de la calidad de atención. La práctica de la evaluación no sería dificultada por ellos. Pero, a veces, no se cuenta con los recursos metodológicos o técnicos para desarrollarlas, y puede conducir a apreciaciones parcializadas de la realidad o a expectativas en los profesionales, que después se pierden al no finalizar el trabajo. Como recomendación en este punto, se sugiere la búsqueda de contactos con OSC o con entidades académicas que tomen la actividad de evaluación. En las entrevistas con los profesionales no hubo mención a la articulación con OSC, y puede ser un fructífero encuentro.

Desde el punto de vista de la calidad de atención, específicamente en salud sexual y reproductiva, tal como pudo verse en los hallazgos, el indicador de trato del personal administrativo es uno de los más críticos de la dimensión interpersonal en todos los establecimientos. En líneas generales, los efectores manifestaron conocer o percibir la situación por comentarios de las usuarias. Pero, señalaron las condiciones en las cuales desempeñan su trabajo, que si bien no las entienden como justificativos de los casos de maltrato, contribuyen a interpretar las situaciones cotidianas en los establecimientos.

En este sentido, los efectores mencionaron: mal pago o condiciones irregulares de contratación, falta de turnos por mayor demanda de la que se puede atender con el plantel de profesionales existentes, y que ellos son los que tienen que “poner la cara” frente a las usuarias, son ellos también los que avisan cuando no llegan los médicos y enfrentan el enojo de las usuarias, la sobrecarga de trabajo porque generalmente es una sola persona, son algunos de los factores mencionados por los efectores que contribuirían a este clima de malestar.

Señalaron también la falta de capacitación en general, y en calidad de atención en particular, dado que al ser una sola persona no puede dejar su puesto para asistir a capacitaciones.

Estos datos surgidos en las conversaciones con los efectores pueden ser útiles para considerar en futuros estudios, el organigrama institucional, la disponibilidad de profesionales en relación a la cantidad de usuarios, la cantidad de administrativos en relación a la cantidad de usuarios, entre otros indicadores que si bien serían más objetivos—no estrictamente relacionados al enfoque de la calidad percibida por las usuarias—permitirían comprender mejor esas evaluaciones y, en base a los hallazgos, contar con material empírico para demandar mayor disponibilidad de personal. Incluso, sería más necesaria esta información cuando se realizan comparaciones entre servicios.

Sería interesante poder desarrollar capacitaciones centradas en la calidad de atención y en la importancia de la función del personal administrativo como primera cara visible para las usuarias que ingresan al servicio. Considerando la dificultad para que ellos asistan, por falta de reemplazos, podría ser organizada en el puesto de trabajo, u organizando rotaciones con otros miembros del equipo, lo que colaboraría a brindar sugerencias al atravesar otros individuos por esa experiencia de trabajo. También aportaría el desarrollo de investigaciones que tomen la voz de los administrativos.

Otro punto son los temas sobre los cuales las usuarias mencionaron haber visto carteles, pósteres o folletos. El tema de la ligadura tubaria fue uno de los menos mencionados en todos los establecimientos, a pesar de que la ley que la garantiza es una de las más recientes (ley 26130/2006), comparando con los demás temas.

No obstante, cuando concurrí a presentar los resultados en algunos establecimientos había un cartel informando sobre el derecho a la ligadura. Aquí destaco, entonces, uno de los problemas del trabajo empírico y el tiempo de procesamiento y análisis que demanda, destacados por Bronfman et al (2000) como uno de los factores que dificultan el diálogo entre investigadores y tomadores de decisiones; ya que los tiempos de la investigación y la toma de decisión son diferentes. En este sentido, la posibilidad de aplicar a futuro el mismo instrumento de relevamiento aportaría a la reducción de los tiempos, en tanto que los paquetes operativos permiten el armado de la base de carga y el plan de cruces de datos para procesar con mayor facilidad y rapidez.

De todas maneras, cabe aclarar que la efectora del lugar mencionó que no hubo cambios en las consultas a partir de la incorporación de estos folletos dado que es un tema que siempre conversó en la consulta con las usuarias.

En otro establecimiento comentaron que la folletería sobre ligadura tubaria llegó después de la realización del relevamiento. No obstante, a este equipo le llamó la atención que Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) tuviera un bajo porcentaje entre los temas recordados por las usuarias, dado que siempre tuvieron material y es una temática muy trabajada con las usuarias. De la conversación con el equipo, puede plantearse que incidió la forma de preguntarlo, ya que si bien se preguntó como lo denomina el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (AHE), es conocida por las mujeres como “pastilla del día después”. Cabría entonces la posibilidad de reformar el indicador en el instrumento de relevamiento y preguntar de las dos maneras, para captar este conocimiento sin su nombre técnico.

Sobre algunos indicadores referidos a instalaciones, el diálogo no brindó posibilidades de articular propuestas de mejora, ya que están estrechamente relacionados con las posibilidades brindadas por la infraestructura disponible.

En este sentido, tal como señalan Bronfman et al (2000:14) “[...] Las condiciones de posibilidad para la aplicación de resultados de investigación en la elaboración de políticas, depende, por tanto, de los múltiples factores que interviene en esta compleja relación, desde los macroestructurales hasta los individuales”. Si bien los equipos pueden trabajar sobre los indicadores que se relacionan con su práctica, poco es lo que pueden hacer sobre las condiciones estructurales, como las edilicias y los insumos. La disponibilidad de edificios cómodos, que permitan el respeto de la privacidad (incluyendo la privacidad auditiva), y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en cantidad y variedad son dos aspectos de buena calidad de atención, y exceden a los equipos de salud.

Desde el punto de vista del género, un tema de reflexión general a los servicios de salud sexual y reproductiva, y no sólo en nuestro país, es la no asistencia de varones. Las ginecólogas de los establecimientos en los que se realizaron las encuestas manifestaron

que el varón en general no asiste —no sólo a salud sexual y reproductiva— sino al sistema de salud. En uno de los establecimientos organizaron años atrás consultorios exclusivos para varones, que luego cerraron por falta de asistencia.

En los servicios evaluados, las usuarias manifestaron ir solas por dos situaciones: o porque su pareja estaba trabajando en ese horario y no podía tomarse ese tiempo, o porque el varón no sabe/no acepta el uso de métodos anticonceptivos. Estas dos situaciones son muy diferentes y es importante que los equipos de salud estén atentos, para poder detectar, en el segundo caso, situaciones de violencia hacia la mujer. En esos casos, es fundamental el trabajo interdisciplinario —que se realiza en los establecimientos evaluados— para poder asesorar y brindar asistencia a las mujeres que atraviesan esa situación.

Considerando el total de entrevistadas, sólo cuatro de cada diez mencionaron haber visto algún cartel, póster o folleto con información sobre violencia. Este dato lleva a hacer hincapié en la necesidad de programas más transversales, que aborden las problemáticas de género de manera integral.

Desde el punto de vista de la perspectiva de derechos, un hallazgo a comentar fue la escasa referencia a la noción de derechos de parte de las usuarias. Los efectores manifestaron que es un tema que se trabaja en los talleres y charlas, pero que perciben que las usuarias no se apropian de la noción de derechos.

Sobre este punto cabría repensar, por un lado, el desarrollo de esos talleres y la forma de plantear los contenidos. Y, por otro, cómo se desarrolla luego en la consulta, en la interacción y en la atención en general esa perspectiva de derechos, cómo se pasa de lo retórico al ejercicio. Podrían realizarse estudios basados en la observación de la consulta, o basados en la técnica de cliente encubierto, para poder dar cuenta de la inclusión de esa perspectiva de derechos en el momento concreto de la atención, y así replantear —si fuera necesario— la actuación de los profesionales y el contenido de los talleres, acercándolo con ejemplos concretos a las modalidades de cada establecimiento.

\*\*\*      \*\*\*

La evaluación de las políticas públicas aporta a la toma de decisiones basada en la evidencia. En el caso de la calidad de atención, permite conocer si ese componente del derecho a la salud es ejercido por las usuarias en los centros de salud y hospitales. Ese conocimiento, sistemático y constante, aportaría a la mejora de los servicios y redundaría en mejor salud para las mujeres.

La inclusión de las perspectivas de género y derecho en las políticas públicas y en las evaluaciones también aportarían significativamente en la vida de las mujeres.

Esta investigación, utilizando un cuestionario elaborado por consenso entre los diferentes actores involucrados, y estableciendo un enfoque participativo con los equipos de salud, pretendió el acercamiento entre investigación y toma de decisiones, central para que las cuestiones antes mencionadas logren conocerse y actuar en base a la evidencia. Esta tesis pretende así contribuir al campo de la evaluación de la calidad de atención, difundiendo los hallazgos de la medición en cinco establecimientos —considerando la variable nivel de atención—, a la vez que pretende contribuir al tendido de puentes entre investigación, gestión y toma de decisiones por medio del intercambio de la evidencia generada.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABREGÚ, M. y Ramos, S. (Editores). 2000. *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*. Buenos Aires: CEDES/CELS/Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, Año 2, N° 3.
- ACUÑA, C. 2005. "Notas sobre la metodología para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional de las estrategias de reducción de la pobreza en América Latina", ponencia presentada en X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 al 21 de octubre de 2005.
- ACUÑA, C. 2007. "Introducción". *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Proyecto de Modernización del Estado, Buenos Aires: Jefatura de Gabinetes de Ministro.
- ACUÑA, C. y Vacchieri, A. (Compiladores). 2007. *La incidencia política de la sociedad civil*. Buenos Aires: Siglo XXI/Iniciativas.
- AGUILAR VILLANUEVA, L. 1996. *La hechura de las políticas*. Madrid: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- AGUILAR VILLANUEVA, L. 1998. *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Madrid: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- AGUILAR, MJ. y Ander Egg, E. 1992. *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI. Capítulos 3 y 4.
- AMAYA, P. 2007. "Balances y vaivenes en la mejora de las políticas públicas: la evaluación en perspectiva". Caracas: CLAD.
- ARAUJO, MJ. y Matalama, MI. 1995. "Calidad de la atención en salud reproductiva desde una perspectiva de género", propuesta de RSMLAC.
- ARCE, H. 2001. *La calidad en el territorio de la salud*. Buenos Aires: ITAES.
- ARCE, H. 2001a. "La gestión de calidad en salud", en *Medicina y Sociedad*, Volumen 24.
- ARONNA, A.; Candio, F.; Gerlero, S. y Rapelli, C. 2009. "Acontecimientos y decisiones de interrupción del embarazo: análisis de calidad de los servicios desde la visión de las mujeres (Rosario)" ponencia presentada en las VIII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 29 al 31 de julio de 2009.
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MARKETING (AAM). *Índice de Nivel Socioeconómico 2002*. Disponible en: <http://www.aam-ar.org.ar/NSE.asp>.
- ASTELARRA, J. 2004. *Políticas de Género en la Unión Europea y algunos apuntes sobre América Latina*. Serie Mujer y Desarrollo N° 57, Santiago de Chile: CEPAL.
- BABBIE, E. 1996. *Manual para la práctica de la investigación*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- BÁEZ, A. y Schiavoni, L. 2009. "Entre el "trato" y el "contrato": percepciones de las usuarias acerca de los servicios de atención obstétrica", ponencia presentada en las VIII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 29 al 31 de julio de 2009.
- BALLART, X. 1992. *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudio de caso*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas. Capítulos 4 y 5.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. 2005. *Índice de desarrollo de la sociedad civil en Argentina*. Buenos Aires: BID.
- BANCO MUNDIAL 2004. "Reseña sobre la sociedad civil", disponible en: [www.bancomundial.org/temas/resenas/sociedad\\_civil.htm](http://www.bancomundial.org/temas/resenas/sociedad_civil.htm).
- BELMARTINO, S. 2005. "La Atención Médica en Argentina. Historia, Crisis y Nuevo Diseño Institucional", Serie Seminarios Salud y Política Pública N°4. Buenos Aires: CEDES.
- BELMARTINO, S. y Bloch, C. 1994. *El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. Buenos Aires: OPS.
- BELMARTINO, S.; Levín, C. y Repetto, F. 2002. "Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: Breve Historia de un Retroceso", en *Socialis* 5.
- BESINGER, R. y Bertrand, J. 2001. "Monitoring quality of care in family planning programs: A comparison of observations and client exit interviews" en *International Family Planning Perspectives*, 27.
- BIAGINI, G. y Sánchez, M. 1995. *Actores Sociales y SIDA. ¿Nuevos movimientos sociales? ¿Nuevos agentes de salud? Las Organizaciones No Gubernamentales en Argentina y el Complejo VIH/SIDA*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- BIANCHI, G. y Schweiger, A. 1993. *La economía de la salud y la evaluación social de proyectos del sector*. Buenos Aires: Instituto y Universidad Torcuato Di Tella.

- BIANCO, M.; Checa, S.; Correa, C.; Rosenberg, M. y Zurutuza, C. 2006. "Consortio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos. CoNDeRS: una experiencia de monitoreo social" en Petracchi, M. y Ramos, S. (Compiladoras). 2006. *La política pública de salud de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES - FNUAP.
- BIERNAT, C. 2007. *¿Buenos o útiles?: la política inmigratoria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos. Colección La Argentina Plural.
- BLOCH, C.; Levcovih, M.; Ortiz, Z. y Pichon Riviere, A. 2003. *Indicadores de seguimiento de políticas en salud*. Buenos Aires: CEDES.
- BOBBIO, N. 1985. *Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BOHIGAS SANTASUSAGNA, L. 2003. "Semejanzas y diferencias entre las estrategias de mejora de la calidad en la industria y la sanidad" en Aranaz, J. y Vitaller Burillo, J. 2003. *Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la salud.
- BONDER, G. 1999. "El Estado en la mira de los feminismos. Argumentaciones y prospectivas", Actualización del trabajo presentado en el Foro de Organizaciones No Gubernamentales de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995. Buenos Aires: CEM.
- BORSOTTI, C. 2007. *Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores. Páginas 233 a 256.
- BOSI MAGALHÃES, ML. 2006. "Avaliações qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização", en Bosi M Magalhães, ML. y Mercado-Martinez FJ (Organizadores). 2006. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes Editora.
- BOURDIEU, P. 1993. "Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático", en *Poder: aportes para un debate*. Buenos Aires, Nº 8.
- BRESSER Pereira, L. 2001. "Reforma de la Nueva Gestión Pública: Ahora en la agenda de América latina", disponible en: [www.top.org.ar](http://www.top.org.ar).
- BRONFMAN, M.; Langer, A. y Trostle, J. 2000. *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- BRUCE, J. 1998. "Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo". Documentos de Trabajo, número 21. México: Population Council.
- BUSSO, N. (s/f). "Calidad de la atención médica". En Fascículo Nº 1 Programa de Educación a Distancia Nuevas formas de organización y financiación de la salud. Versión digital.
- BUSTAMANTE, F. y Portales, C. 1988. "Evaluación de Políticas y Programas de salud", en Gómez Cova (Editor). 1988. *Políticas de Salud en América Latina. Aspectos institucionales de su Formulación, Implementación y Evaluación*. Venezuela: OPS/CLAD.
- BUSTELO, E. 1996. "Planificación Social, Del rompecabezas al "abrecabezas", en *Cuaderno de Ciencias Sociales nº 92*. Costa Rica: FLACSO.
- BUSTELO, E. 2000. "El abrazo: Apuntes sobre las relaciones entre el Estado y Los Organismos No Gubernamentales", en Bustelo, E. 2000. *De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- CABRERO MENDOZA, E. 2000. "Usos y costumbres en la hechura de las políticas públicas en México. Límites de las policy sciences en contextos cultural y políticamente diferentes", en Acuña, C. (Compilador). 2007. *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Proyecto de Modernización del Estado. Buenos Aires: Jefatura de Gabinetes de Ministro.
- CAPELLA, J.R. 1993. *Los Ciudadanos siervos*. Madrid: Trotta.
- CASAIS, M., Desmery, Basavilbaso, G., Coria, P. , Stock, E.2007. "Desarrollo de un instrumento para medir la percepción del paciente sobre la calidad de la atención, seguridad, confianza y eficiencia", ponencia presentada en las VI Jornada Nacional de la Sociedad Argentina para la Calidad de Atención "La transición epidemiológica y su impacto en la calidad de atención", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del 10 al 12 de septiembre de 2007.
- CASTRO, B. 2010. "25 años de políticas públicas de salud", en *Políticas públicas en democracia*, Secretaría de la Gestión Pública, Jefatura de Gabinete de Ministros. Buenos Aires: Observatorio de Políticas Públicas.
- CEA D'ANCONA, M.A. 1996. *Metodología Cuantitativa: Estrategias y técnicas de Investigación Social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- CEDES. 2002. "Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-uterino". Informe final. Buenos Aires: CEDES.
- CELS/Informe 2002-2003. DD.HH.ARG.02-03. CEDES. *La salud y los derechos sexuales y*

- reproductivos: avances y retrocesos*. Buenos Aires: CELS- SIGLO XXI.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO (CLAD). 1998. Documento aprobado sesión del 14/10/1998.
- CETRÁNGOLO, O. y Devoto, F. 2003. "Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual", paper presentado en el taller Regional Consultation on Policy Tools: Equito in Population Health, Toronto.
- CHECA, S. y Erbaro, C. 1997. "La salud reproductiva en las representaciones y prácticas de los servicios de salud", ponencia presentada en Segunda Jornadas de Debate Interdisciplinario sobre Salud y Población, Área Salud y Población del Instituto Gino Germani.
- CHECA, S.; Erbaro, C. y Schwartzman, E. 2006. "Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones post-abortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires", en Checa, S., y Abracinskas, L. 2006. *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- CHESNAIS, L. 2001. *La mundialización financiera: génesis y desafíos*. Buenos Aires: Losada. Prólogo.
- CIPD, 1994. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, septiembre de 1994. Disponible en <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
- COFESA. 2004. *Plan Federal de Salud 2004-2007*. Buenos Aires: COFESA.
- COHEN, E. y Franco R. 1992. *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo Veintiuno editores.
- COHEN, E. y Franco, R. 2003. *Gestión social*. México: Siglo Veintiuno editores.
- COMCAM. Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica. 1992. *Manual de Acreditación para Establecimientos Asistenciales de la Argentina*. Buenos Aires: COMCAM.
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. 2000. "Observación 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud". Disponible en: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).
- CoNDeRS, 2006. Análisis de las experiencias y resultados de la aplicación de las listas de chequeo 2006. Disponible en: [www.conders.org.ar](http://www.conders.org.ar).
- CoNDeRS, 2008. Informe final de Monitoreo Social 2008 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires Disponible en: [www.conders.org.ar/monitoreo.asp](http://www.conders.org.ar/monitoreo.asp).
- CoNDeRS, 2009. Monitoreo Social sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina. Acciones de exigibilidad en Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en: [www.conders.org.ar/monitoreo.asp](http://www.conders.org.ar/monitoreo.asp).
- CoNDeRS. 2005. *Monitoreo Social, Guía para la Acción*. Buenos Aires: Altuna Impresiones.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires*, 1996. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar>.
- Constitución Nacional*.1994. Disponible en: <http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/cuerpo1.php>.
- CONTRERAS, E. 2004. *Evaluación social de inversiones públicas: enfoques alternativos y su aplicabilidad para Latinoamérica*. Serie Manuales N°37. Santiago de Chile: CEPAL.
- CORRÊA, S. 1997. "From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and Challenges Ahead" en *Reproductive Health Matters*, N° 10 (pp. 107-117).
- CORTES, R. y Marshall, A. 1994. "Política Social y regulación de la fuerza de trabajo" en *Cuadernos Médico Sociales* N° 65-66, Rosario.
- CREEL, L., Sass, J. y Yinger, N. 2002. "Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad", *Nuevas perspectivas sobre la calidad de atención*. Washington: Population Council y Population Reference Bureau.
- CROZIER, M. 1997. "La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión pública", en *Reforma y Democracia*. Venezuela: CLAD. Número 7, enero, págs 7-18.
- D'ANDREA, L.; Quaranta, G.; Quinti, G. s/f. *Manual técnico del Análisis Participado de la Calidad. Síntesis*. CERFE, Laboratorio di scienze della cittadinanza — ASDO, Coordinación Operativa.
- DE LEÓN, P. 1997. "Una revisión del proceso de las políticas: de Lasswell a Sabatier", en *Gestión y Política Pública*, Volumen VI, N° 1, México, primer semestre de 1997.
- DE SOUZA MINAYO, M.C. 2005. "Introducción. Concepto de evaluación por triangulación de métodos", en De Souza Minayo, M.C., Goncalves de Assis, S y Ramos de Souza, E. 2005. *Evaluación por Triangulación de Métodos-Abordaje de Programas Sociales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- DE SOUZA MINAYO, M.C. 2008. "Interdiscipliniedad y pensamiento complejo en el área de la salud" en *Salud colectiva* [online], vol.4, n.1, pp. 5-8. ISSN 1851-8265.
- Declaración Buenos Aires 30/15*. "De Alma Ata a la Declaración del Milenio". 2007. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo Derechos, Hechos y Realidades: fortaleciendo la Atención Primaria (APS) y los sistemas de salud para alcanzar los objetivos del milenio. Buenos Aires, 13 al 17 de agosto de 2007.



- Declaración de Alma Ata*. 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, U.R.S.S, realizada entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978. Disponible en: [www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
- Declaración de Ottawa*, 1986. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.
- Decreto 9/1993*. Disponible en: <http://biblioteca.afip.gob.ar/gateway.dll/Normas/Decretos>
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. 2006. GCBA, *Encuesta Anual de Hogares*, Onda 2006.
- DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICAS SOCIALES Y DE POBLACIÓN. 2001. Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a procesamientos especiales del Censo Nacional de Población, hogares y Viviendas.
- DONABEDIAN, A. 1966. "Evaluating the quality of medical care", *Miltbank Memorial Fund Quarterly*
- DONABEDIAN, A. 1970. *Evaluación de la atención del paciente*. Traducciones 7 del Centro Latinoamericano de Administración Médica (C.L.A.M.), Buenos Aires: OPS.
- DONABEDIAN A. 1980. "The definition of quality and approaches to its assessment", en *Health Administration Press*.
- DONABEDIAN, A. 1990. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Perspectivas en Salud Pública, México: Instituto de Salud Pública.
- DRAIBE, S. 1994. "Neoliberalismo y Políticas Sociales: Reflexiones a partir de las Experiencias Latinoamericanas", en *Desarrollo Económico*, vol.34, N° 134.
- DURSTON, J. y Miranda F. 2002. *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. Serie políticas sociales N° 58, CEPAL. Santiago de Chile: CEPAL
- ECHEBARRÍA, K. y Mendoza, X. 1999. "La especificidad de la gestión pública: el concepto de management público. ¿De burócratas a gerentes?". Washington: Losada editor/ BID.
- EG-S-MS. Grupo de especialistas en mainstreaming. 2005. *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas"*. Serie documentos, número 28. Madrid: Instituto de la Mujer.
- ERRANDONEA, A. 1986. "¿Metodología cualitativa vs. Metodología cuantitativa?" en Cuadernos del Claeh N° 35, Montevideo.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. 1996. *Evaluación de programas sociales*. Madrid: Síntesis.
- FERNANDEZ, S.; Vilensky, M.; Masset, L. y Bengochea, L. 2009. "Calidad de atención en oncología: itinerarios diagnósticos y terapéuticos y percepción de la calidad de atención desde la perspectiva de las personas que consultan en el Instituto de Oncología Ángel Roffo de la Ciudad de Buenos Aires" ponencia presentada en las VIII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 29 al 31 de julio de 2009.
- FLEURY, S. 1997. *Estados sin ciudadanos. Seguridad social en América latina*. Buenos Aires: Lugar.
- FLEURY, S. 2001. "Reforma do Estado". *Revista Instituciones y Desarrollo* N° 14-15 (2003).
- FONTAINE, E. 1997. *Evaluación social de Proyectos*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- GARCÍA ELORRIO, E. 2007. "Atención Basada en el Paciente: La validación e implementación de un cuestionario de satisfacción", ponencia presentada en las VI Jornada Nacional de la Sociedad Argentina para la Calidad de Atención "La transición epidemiológica y su impacto en la calidad de atención", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del 10 al 12 de septiembre de 2007.
- GEERTZ, C. 1973. *The Interpretation of Culture. Selected Essays*. New York: Basis Books.
- GIARRACA, N. y Aparicio, S. 2001. "El oficio del sociólogo o de los sociólogos con oficio", en Shuster, F., Giarraca, N., Aparicio, S., Charamonte JC. y Sarlo, B. *El oficio del investigador*. Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones, I.I.C.E. UBA. Facultad de Filosofía y Letras.
- GOGNA, M. (Coordinadora); Adaszko, A.; Alonso, V.; Binstock, G.; Fernández, S.; Pantelides, E.; Portnoy, F. y Zamberlin, N. 2005. *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.
- GOGNA, M. y Ramos, S. (Compiladoras). 2002. *Experiencias innovadoras en Salud Reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales. Desafíos y aprendizajes*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- GOGNA, M.; Llovet, J.J.; Ramos, S. y Romero, M. 1998. "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social", en Isuani, A. y Filmus, D. (Compiladores). 1998. *La Argentina que viene*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- GOGNA, M.; Mercer, R.; Alonso, V.; Portnoy, F.; Zamberlin, N.; Díaz Muñoz, A. y Maceira, D. 2004. *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile: oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CEDES.
- GÓMEZ, E. 1997. "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques", serie Mujer y desarrollo, N° 17 (LC/L.990), Santiago de Chile: CEPAL.

- GONZÁLEZ BOMBAL, I. y Villar, R. 2003. *Organizaciones de la Sociedad Civil e incidencia en políticas públicas*. Buenos Aires: Libros Zorzal.
- GÜELL, P. 2008. "Políticas Sociales e Historia", en *Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano*, Boletín N° 45, PNUD, 2008, [www.revistadesarrollohumano.org](http://www.revistadesarrollohumano.org).
- GUZMÁN, V. 1997. "La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas". Feminismo en transición. Transición con feminismo, Memoria del Foro Internacional sobre Ciudadanía, Género y Reforma del Estado. México: Grupo de Educación Popular con Mujeres, A. C.
- HELITZER-ALLEN, D. y Kendall, C. 1992. "Explaining Differences between Qualitative and Quantitative Data: A Study of Chemoprophylaxis during Pregnancy", *Health Educational Quarterly*, vol. 19(1).
- HOPENHAYN, C. 2000. "De la cava a Wall Street, la crisis financiera y América latina", en *Enoikos*, año VII, N° 14. Buenos Aires: UBA.
- INSTITUTO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE PLANIFICACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL (ILPES). 2004. "Metodología de Marco Lógico". *Boletín del Instituto N° 15*, octubre de 2004. Chile: ILPES.
- ISUANI, E. y Mercer, H. 1988: *La fragmentación institucional del sector salud en Argentina. Pluralismo o Irracionalidad?* Mimeo, Buenos Aires.
- KABEER, N. 1996. *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento sobre el desarrollo*. México: Paidós. Capítulo 10.
- KATZ, J. 1992. "El sector salud de la República Argentina: crisis y reestructuración", ponencia presentada en el Seminario sobre Financiamiento del Sector Salud en una situación de crisis, organizado por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Cuba, Marzo de 1992.
- LAREO, M. 2008. "Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud", en Barten, F., Flores W. y Hardoy, A. (Compiladores). 2008. *La inequidad en la salud. Hacia un abordaje integral*. Buenos Aires: IED América Latina Publicaciones.
- LEIRAS, M. 2007. "Observaciones para el análisis y la práctica de la incidencia", en *La incidencia política de la sociedad civil*. Buenos Aires: Siglo XXI/Iniciativas.
- MACEIRA, D. 2001. "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe", LAC Initiative (OPS-USAID-PHR-FPMD-Harvard), Edición Especial no.3. Washington, DC.
- MACEIRA, D. 2008. "Sistema de salud en Argentina", en Barten, F., Flores W. y Hardoy, A. (Compiladores). 2008. *La inequidad en la salud. Hacia un abordaje integral*. Buenos Aires: IED América Latina Publicaciones.
- MACEIRA, D. 2008a. "Cobertura, riesgo y prevención. Rol del Estado en salud: Argentina". Nuevos Documentos del CEDES N° 43, disponible en: [www.cedes.org](http://www.cedes.org).
- MACEIRA, D. 2010. *Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina*. Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/Maceira-IDRC-ArgSistemicopp-final14julio2010%5B1%5D%5B1%5D.pdf>
- MACEIRA, D. y Alcat Peralta, M. 2008. "El financiamiento público de la investigación en salud en Argentina". Nuevos Documentos CEDES N° 52, disponible en: [www.cedes.org](http://www.cedes.org).
- MACERIA, D. 2008b. "Propuesta de Evaluación de Estrategias de Atención Primaria en Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires". Nuevos Documentos CEDES N° 48.
- MANZELLI, H.; Bertolino, M.; Gutierrez Taddío, M.; Pecheny, M.; Farías, G. y Cullen, C. 2004. "Satisfacción en cuidados paliativos: un abordaje cualitativo", en *Serie Seminarios Salud y Política Pública*. 2004. Cerrutti, M., Manzelli, H., Necchi, S., Pecheny, M. y Petracci, M. "Calidad de atención en salud", Seminario V- 2004, CEDES.
- MARRACINO, C. 1998. "Tendencias en la atención médica y cambios en la concepción de la calidad", en *Medicina y Sociedad*, 21, 1, 41-5.
- MARSHALL, M.T. 1988. "La práctica educativa en el campo de la salud", trabajo presentado en las II Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: AMRHNRG-CONAMER.
- MARTÍNEZ NOGUEIRA, R.1997. "Análisis de Políticas Públicas". Buenos Aires: INAP.
- MATTIOLI, M. 2008. *Calidad de la atención en salud y derechos sexuales y reproductivos: metodología de consenso para elaborar un instrumento de medición*. Informe Final presentado a Beca Carrillo-Oñativía a nivel de Programas Sanitarios con Apoyo Institucional, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.
- MATUS, C. 1998. *Planificación Estratégica Situacional*. Caracas: Fundación Altadir.
- MEDRANO HEREDIA, J. 2002. "La formación de los profesionales ante los nuevos retos de la calidad", en Aranaz, J. y Vitaller Burrillo, J. 2002. *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la salud.

- MERCADO-MARTINEZ, 2006. "Introdução", en Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ (Organizadores). 2006. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes Editora.
- MINISTERIO DE SALUD, Epidemiología/GCBA. 2008. "Regiones Sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires. Herramientas para la actualización de la Vigilancia y el Análisis de Situación de Salud". Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Buenos Aires: GCBA.
- MOSER, C. 1995. *Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación*. Lima: Flora Tristán ediciones.
- MOTTA, C. 2008. "Ciudadanía", en: Motta, C., y Sáez, M. *La mirada de los jueces: Género en la jurisprudencia latinoamericana*. 2008. Tomo1. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- NECCHI, S. 2004. "Los ciudadanos y el derecho a la atención de la salud", en Serie Seminarios Salud y Política Pública. 2004. Cerrutti, M., Manzelli, H., Necchi, S., Pecheny, M. y Petracci, M. "Calidad de atención en salud", Seminario V- 2004. Buenos Aires: CEDES.
- NEIROTTI, N. 2001. "La Función de Evaluación de Programas Sociales en Chile, Brasil y Argentina", ponencia presentada en el VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina.
- NEIROTTI, N. 2005. "Elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación de políticas y programas sociales". Buenos Aires: IPE/UNESCO.
- NEIROTTI, N. y Poggi, M. 2004. *Alianzas e innovaciones en proyectos de desarrollo educativo local*. Buenos Aires: IPE/UNESCO. Págs. 35 -51 y 103-118 y "Anexo metodológico".
- NEIROTTI, N.1999. "Reflexiones sobre la práctica de la evaluación de programas sociales en Argentina (1995 -1999)". Santo Domingo: CLAD.
- NIRENBERG, O.; Braderman, J. y Ruiz, V. 2003. *Programación y evaluación de proyectos sociales: aportes para la racionalidad y la transparencia*. Buenos Aires: Paidós (Tramas sociales).
- NIRENBERG, O.; Brawerman, J. y Ruiz V. 2000. *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- NIRENBERG, O.; Cappuccio, M. y Pailles, J. 2006. "El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable", en Petracci, M. y Ramos, S. (Compiladoras). 2006. *La Política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: UNFPA / CEDES.
- NIRENBERG, O.; Perrone, N. y Moreno, E. 2009. "Evaluación del sistema público de salud de la provincia de Neuquén", ponencia presentada en las VIII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 29 al 31 de julio de 2009.
- OFFE, C. 1992. *Partidos políticos y nuevos movimientos sociales*. Madrid: Editorial Sistema.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, disponible en: [www.who.int/es](http://www.who.int/es).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2003. *Informe sobre la salud en el mundo. Forjemos el futuro*, disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/es/>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2000. *Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva: Interacción prestadores de servicios/usuarios(os): eje fundamental de una buena atención en salud sexual y reproductiva*. Washington: OPS.
- OSPINA, S. 2001. "Evaluación de la gestión pública: conceptos y aplicaciones en el caso latinoamericano", en *Revista Reforma y Democracia* del CLAD N° 9, Febrero, Caracas.
- OSZLAK, O. 1980. *Políticas públicas y regímenes políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas*. Buenos Aires: CEDES.
- OSZLAK, O. 1996. "Estados capaces: un desafío de la integración", ponencia presentada para el Seminario Taller La función pública nacional y la integración regional, organizado por el Centro de Formación para la Integración Regional (CEFIR), Montevideo.
- OSZLAK, O. 1997. (1982, Editorial de Belgrano). *La Formación del Estado Argentino: Orden, Progreso y Organización Nacional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- OSZLAK, O. 1999. "De menor a mejor: el desafío de la segunda reforma del Estado", en *Revista Nueva Sociedad*, N° 160, Venezuela.
- OSZLAK, O. 2000. *El mito del Estado Mínimo: una década de reforma estatal en Argentina*, trabajo presentado al IV Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, CLAD: Santo Domingo.
- OSZLAK, O. 2001. "El Estado transversal", en *Encrucijadas* (Revista de la Universidad de Buenos Aires), Año 1, N° 6, Abril.
- OSZLAK, O. 2002. *Estado y Sociedad: nuevas fronteras y reglas de juego*, trabajo presentado en las jornadas "Hacia el Plan Fénix", Facultad de Ciencias Económicas. Buenos Aires: UBA.

- OSZLAK, O. 2003. "¿Responsabilización o responsabilidad?: el sujeto y el objeto de un Estado responsable", ponencia presentada al VIII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública. CLAD: Panamá.
- OSZLAK, O. 2006. "Burocracia estatal: políticas y políticas públicas" en *Postdata, Revista de Reflexión y Análisis Político*, N° 11, abril, Buenos Aires.
- OSZLAK, O. y Gantman, E. 2007. "La agenda estatal y sus tensiones: gobernabilidad, desarrollo y equidad", trabajo presentado en el Congreso Internacional del CLAD Administración Pública y Reforma del Estado. Guatemala:CLAD.
- OSZLAK, O. y O'Donnell, G. 1976. *Estado y políticas estatales en América latina: hacia una estrategia de investigación*. Documento CEDES/GE CLACSO N° 4. Buenos Aires: CEDES.
- OSZLAK, O. y Orellana, E. 1999. "El análisis de la capacidad institucional: aplicación de la metodología SACDI", disponible en: [www.top.org.ar](http://www.top.org.ar).
- OSZLAK, O. 1977. "Notas críticas para una teoría de la burocracia estatal". Documento CEDES/GE CLACSO N° 8. Buenos Aires: CEDES.
- OXMAN, G. 1988. "Evaluación de Políticas de salud", en Gómez Cova (Editor). 1988. *Políticas de Salud en América Latina. Aspectos institucionales de su Formulación, Implementación y Evaluación*. Organización Panamericana de la Salud y Centro Latinoamericano para el Desarrollo. Venezuela: OPS/CLAD.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC). 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.
- PÁGINA12. 8/01/2010. "Las mujeres tienen derecho a decidir", entrevista a Paula Ferro, Suplemento Las12, *Página12*.
- PÁGINA12.12/12/2008. "Para qué gastar en preservativos.", Sociedad. Buenos Aires: *Página12*.
- PANTELIDES, E.; Mario, S.; Fernández, S.; Manzelli, H.; Gianni, C. y Gaudio, M. 2006. "Estimación de la magnitud del aborto inducido", Informe preliminar presentado a la Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, 2006.
- PAUTASSI, L. (Organizadora). 2010. *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- PAUTASSI, L. 2000. "Igualdad de Derechos y desigualdad de oportunidades: Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en América Latina", en Herrera, G. (Compiladora). 2000. *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. Quito: FLACSO-CONAMU, Agora.
- PÉREZ LUGO, J. 2007. "La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina", en *Gaceta Laboral*, vol.13, N° 1, p.43-57.
- PETRACCI, M. 1998. *La calidad de los servicios públicos privatizados —luz, agua, gas y teléfono— evaluada por el ciudadano-usuario*. Dirección Nacional de Estudios y Documentación y Dirección de Estudios de Investigaciones. Buenos Aires: INAP (Instituto Nacional de la Administración Pública).
- PETRACCI, M. 2003. "Calidad total en la atención de la salud y satisfacción de usuarios/as y personal del servicio de salud", Informe Final Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia 2002 otorgada por la Comisión Nacional de Investigaciones Sanitarias, CONAPRIS.
- PETRACCI, M. 2004. "Calidad de atención en salud", en *Serie Seminarios Salud y Política Pública*. 2004. Cerrutti, M., Manzelli, H., Necchi, S., Pecheny, M. y Petracci, M. "Calidad de atención en salud", Seminario V- 2004. Buenos Aires: CEDES.
- PETRACCI, M. 2004. *Salud, derecho y Opinión Pública*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- PETRACCI, M. 2005. "La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia" en *Revista Question*, Sección Informes de Investigación, 7, disponible en: [www.perio.unlp.edu.ar/question](http://www.perio.unlp.edu.ar/question).
- PETRACCI, M. 2007. *La opinión pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, 1991-2006*. Tesis Doctoral. UBA. Buenos Aires.
- PETRACCI, M. y Mattioli, M. 2009. *Opinión Pública de las mujeres residentes en la Ciudad de Buenos Aires sobre temas de políticas públicas. Abordaje cualitativo. Informe Final*. Proyecto presentado a la 2º convocatoria de 2008 del Programa de Fortalecimiento a Organizaciones de la Sociedad Civil, Subsecretaría de Promoción Social - Ministerio de Desarrollo, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- PETRACCI, M. y Mejía, R. 2004. Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios (en prensa).
- PETRACCI, M. y Pecheny, M. 2007. *Argentina, derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires: CEDES.

- PETRACCI, M. y Ramos, S. (Compiladoras). 2006. *La política pública de salud de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES - FNUAP.
- PETRACCI, M. y Szulik, D. 1999. "Gestión Pública y participación de la ciudadanía: la evaluación de la calidad de los servicios públicos privatizados", ponencia presentada en el IV Simposio Internacional "El Cono Sur, su inserción en el Tercer Milenio, un análisis histórico de sus procesos de integración desde lo económico, político, social y cultural, Facultad de Ciencias Económicas, Ciudad de Buenos Aires, 18, 19 y 20 de octubre de 2000.
- PETRACCI, M.; Ramos, S. y Romero, M. 2002. "Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico uterino", Informe de investigación, PATH.
- PETRACCI, M.; Ramos, S. y Szulik, D. 2006. "Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires: monitoreo técnico y político", en Petracci, M. y Ramos, S. (Compiladoras). 2006. *La política pública de salud de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES - FNUAP.
- PINTO DÍAS, J. C. y Borges Días, R. 1993. "La necesidad de investigación social y económica para las acciones de control de las enfermedades tropicales", en Briceño, L. y Pinto Días, J. C. (Editores). 1993. *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.
- Plataforma de Acción de Beijing*. 1995. Disponible en: <http://www.onu.org>.
- PNUD. 2008. *Desafíos para la igualdad de género en la Argentina*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo — PNUD.
- POGGI, G. 1997. *El desarrollo del Estado Moderno. Una introducción sociológica*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- PROGRAMA CIUDADANÍA Y SEXUALIDAD. *Manual para organizaciones de la sociedad civil*. 2004. Maffía, D.; Kohen, B.; Moreno, M.; Bodnar, P.; Hernández, C.; Ramos, S.; Petracci, M.; Szulik, D.; Aizenberg, L. y del Río Fortuna, C.. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo - CEDES.
- RACZINSKY, D. 1995. *Estrategias para combatir la pobreza en América latina. Diagnostico y enseñanzas de política*. Washington: BID.
- RAMOS, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M. y Szulik, D. 2000. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- RAMOS, S.; Weller, S. y Romero, M. 2000. *PROMIN. Evaluación del programa desde la perspectiva de los agentes intervinientes*. Buenos Aires: CEDES/PROMIN.
- REICHARDT, Ch. y Cook, T. 1986. *Métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación evaluativa*. Madrid: Editorial Morata.
- REPETTO, F. y Alonso, G. 2004. *La economía política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización*. Serie Políticas Sociales N° 97. Santiago de Chile: CEPAL.
- REYES ZAPATA, H., Cuevas Miguel, L., Robledo, C., Tolbert, K. 1999. "Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género". México DF: Population Council, Documento de Trabajo N° 29.
- RICO, M. 2000. *El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL*. Santiago de Chile: CEPAL.
- RODRÍGUEZ, C. 2005. *Economía del cuidado y política económica. Una aproximación a sus interrelaciones*, CEPAL, (mimeo).
- ROITTER, M. y González Bombal, I. 2000. *Estudios sobre el sector sin fines de lucro en Argentina*. Buenos Aires: CEDES.
- ROMERO, M. y Maceira, D. (Editores). 2006. "Iniciativa por los derechos sexuales y reproductivos en las reformas del sector salud: América latina". *Nuevos documentos CEDES 2006/20*. Buenos Aires: CEDES.
- ROSSI, M.T. y Rubilar, A. N. 2007. "Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud. El caso argentino: una historia de fragmentación e inequidad (1era. parte)", en *Revista Asociación Médica Argentina*: 120 (2):21-35, jun. Buenos Aires.
- ROSTAGNOL, S. y Viera M. 2006. "Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay" en Checa, S., y Abracinskas, L. 2006. *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- ROTH DEUBEL, A. 2002. *Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.

- RUBINSTEIN, A. 2005. *Mejoramiento de Calidad e Incentivos Financieros en Atención Primaria de la Salud*. Serie Seminarios Salud y Política Pública. Buenos Aires: CEDES.
- RUELAS-BARAJAS, E. 1992. "Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones", en *Cuadernos de Salud Pública de México*, Volumen 34.
- SÁNCHEZ, N.I. 2007. *La higiene y los higienistas en la Argentina: 1880-1943*. Buenos Aires: Sociedad Científica Argentina.
- SAUTU, R. 2003. *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumière.
- SECRETARÍA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN. 2008. *Consumos culturales tecnológicos. Entre la personalización y la portabilidad*. Disponible en: [http://www.consumosculturales.gov.ar/index.php?option=com\\_ccs&task=investigacion&cid%5B%5D=4](http://www.consumosculturales.gov.ar/index.php?option=com_ccs&task=investigacion&cid%5B%5D=4)
- SEN, A. 2002. "¿Por qué la equidad en salud?", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Nº 5-6, ISSN 1020-4989. Washington: OPS.
- SIDICARO, R. 2003. *La crisis del Estado y los actores políticos y sociales en la Argentina (1989-2001)*. Buenos Aires: Eudeba/Libros del Rojas.
- SIEMPRO. 1999. "Planificación estratégica de políticas y programas sociales". Curso Semipresencial de Política y Gerencia Social.
- SIERRA BRAVO, R. 1994. *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. España: Paraninfo.
- SKOCPOL, T. 1985. "Bringing the state back in: strategies of analysis in current research", en Evans, P., Rueschemeyer, D. y Skocpol, T. *Bringing the State Back In*, 1985. Cambridge: Cambridge University Press.
- SUNKEL, G. 2006. *El papel de la familia en la protección social en América Latina*. División de Desarrollo Social, Serie Políticas Sociales. Santiago de Chile: CEPAL.
- SZULIK, D. 2007. "Calidad de la atención del parto en la Ciudad de Buenos Aires: un estudio sobre la satisfacción de las mujeres usuarias y los profesionales en tres hospitales de la red asistencial pública", ponencia presentada en las VI Jornada Nacional de la Sociedad Argentina para la Calidad de Atención "La transición epidemiológica y su impacto en la calidad de atención", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del 10 al 12 de septiembre de 2007.
- THE LANCET. 2007. *Resumen ejecutivo de la Serie sobre Salud Sexual y Reproductiva de Lancet*. Disponible en: [righttomaternalhealth.org/resource/resumen-ejecutivo-lancet](http://righttomaternalhealth.org/resource/resumen-ejecutivo-lancet).
- TOBAR, F. 2001. "Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina", en *Salud para Todos*. Año 7. Número 70. Mayo. Páginas 18 -19.
- TORRADO, S. 1993. *Procreación en la Argentina: hechos e ideas*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- UNICEF- Consejo Nacional de la Mujer. 2002. "La salud de la Mujer". *Guía de salud Nº 5*. Buenos Aires: UNICEF.
- USAID, 1997. *Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos*. Volumen II. Washington: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- VALLES, M. 1997. "Diseños y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos", en *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*, cap. 3. Madrid: Síntesis.
- VÁZQUEZ, S.; Calandra, N.; Real, P.; Zingman, F; Medina, V.; Corral AM. y Berner, E. 2006a. *Un nuevo desafío en la atención de la adolescente. Consejería pre y postaborto*. Disponible en [www.clacai.org/index.php?option=com\\_rokdownloads&view=file&Itemid=14&id=257:un-nuevo-desafio-en-la-atencion-de-la-adolescente-consejeria-pre-y-post-aborto](http://www.clacai.org/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=14&id=257:un-nuevo-desafio-en-la-atencion-de-la-adolescente-consejeria-pre-y-post-aborto).
- VÁZQUEZ, S.; Gutiérrez, MA.; Calandra, N. y Berner, E. 2006b. "El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes", en Checa, S., y Abracinskas, L. 2006. *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- VISILLAC, E.; Martínez, N. y Boloniati, N. 2007. "De la Profesión liberal a la precarización del trabajo médico", *Boletín de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario*, Año 14, Nº129.
- WEBER, M. 1964. *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- WILLIAMS, T.; Schutt-Ainé, J. y Cuca, Y. 2001. "Evaluación de la calidad de los servicios de Planificación Familiar a través de encuestas de satisfacción de clientes", en *Perspectivas Internacionales de Planificación*, Número especial 2001.
- YALOUR ROMANO, M. 2001. "¿Cómo perciben la atención de su salud los pacientes de hospitales públicos de la República Argentina? Hacia una definición operacional de la satisfacción", ponencia presentada en la Reunión de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA), Washington, 6 al 8 de setiembre de 2001.

- ZAMBERLIN, N. 2005. "Propuesta para mejorar la calidad de la atención en las complicaciones de abortos", Informe Final Becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" sobre Programas sanitarios con apoyo institucional, convocatoria 2004. Buenos Aires: CEDES.
- ZAPKA J, Puleo E, Taplin S, Goins K, Ulcickas Y, Mouchawar J. "Processes of care in cervical and breast cancer screening and follow-up--the importance of communication", en *Preventive Medicine* 2004; 39 (1):81-90.
- ZURUTUZA, C. 1998. "El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos ¿Utopías o Estrategias?", en *Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres, (o el poder para decidir)*. CLADEM, FNUAP, FEIM. Buenos Aires: Foro por los derechos reproductivos.

**Sitios web:**

<http://fhargerich.org.ar/>  
[www.aaeap.org.ar/cepp.htm](http://www.aaeap.org.ar/cepp.htm)  
[www.alertamilitante.com.ar/nota/547](http://www.alertamilitante.com.ar/nota/547)  
[www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar)  
[www.buenosaires.gov.ar/areas/des\\_social/evaluacion\\_programas](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/evaluacion_programas)  
[www.calidadensalud.org.ar](http://www.calidadensalud.org.ar)  
[www.clad.org](http://www.clad.org)  
[www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)  
[www.hospitalaleman.com.ar](http://www.hospitalaleman.com.ar)  
[www.hospitalbritanico.org.ar](http://www.hospitalbritanico.org.ar)  
[www.hospitaldeclinicas.uba.ar](http://www.hospitaldeclinicas.uba.ar)  
[www.hospitalitaliano.org.ar](http://www.hospitalitaliano.org.ar)  
[www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar)  
[www.iram.org.ar](http://www.iram.org.ar)  
[www.itaes.org.ar/acreditacion.php](http://www.itaes.org.ar/acreditacion.php)  
[www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)  
[www.premiocalidad.org.ar](http://www.premiocalidad.org.ar)  
[www.sadamweb.com.ar](http://www.sadamweb.com.ar)  
[www.sanatorioguemes.com](http://www.sanatorioguemes.com)  
[www.siempro.gov.ar](http://www.siempro.gov.ar)  
[www.msal.gov.ar/pngcam](http://www.msal.gov.ar/pngcam)

# ANEXO



**Formulario de consentimiento informado utilizado en proceso de consenso del instrumento de medición (Mattioli, 2008)**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:  
METODOLOGÍA DE CONSENSO PARA ELABORAR UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Por medio del presente formulario estamos solicitando su participación en el estudio "Calidad de la atención en salud y derechos sexuales y reproductivos: metodología de consenso para elaborar un instrumento de medición", en su calidad de jefe/a de servicio de tocoginecología o ginecología y obstetricia del hospital, maternidad o centro de salud público dependiente de la Ciudad de Buenos Aires.

En base a la experiencia de equipos de investigación que midieron la calidad de la atención en salud y a la revisión bibliográfica se elaboró un instrumento piloto, el cual le pedimos que evalúe.

La información recogida será confidencial y sólo será utilizada a los fines de este estudio. El/la entrevistado/a tiene derecho a no aceptar la entrevista, a no responder las preguntas que no desea contestar y a suspender la entrevista cuando lo desee o crea necesario, aún cuando haya firmado este formulario aceptando participar.

Responsable del estudio:

Marina Mattioli

Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES.

Sánchez de Bustamante 27

Tel.: 4865-1707/04/12

Correo electrónico: mmattioli@cedes.org.ar

Correo alternativo: marumattioli@gmail.com

**Declaración de consentimiento**

*He leído la información contenida en este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Consiento voluntariamente en participar en este estudio y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee, sin que eso tenga consecuencias para mí.*

Firma: ..... (Opcional)

Fecha: ...../...../ 2007 // 2008

**Cuadro 1: Composición de la muestra (Mattioli, 2008)**

	% (n: 55)
<b>Sexo</b>	
Femenino	87,3
Masculino	12,7
<b>Edad</b>	
25 a 40 años	26,4
41 a 50 años	39,6
51 a 65 años	34
Edad promedio	46,9
<b>Cargo desempeñado</b>	
Personal de planta	74,5
Coordinadores o directores de los Centros de Salud	14,5
Jefe/a de servicio en los hospitales	7,4
Instructor de residente	1,8
Residente	1,8
<b>Profesión</b>	
Ginecólogo/a	58,2
Tocoginecólogo/a	7,3
Obstetras	7,3
Sociólogos/as	7,3
Clínico/a	5,4
Psicólogos/as	5,4
Trabajadores/as sociales	3,6
Residente	1,8
Enfermeros/as	1,8
Instructor de residente	1,8
<b>Años que trabaja en ese servicio/centro</b>	
Promedio	12,8
<b>Años que trabaja en el sistema público</b>	
Promedio	19,6

## Instrumento de medición de datos

Nº de cuestionario:		Fecha:	Mañana (1)	Tarde(2)
CESAC 9 (1)	CESAC 15 (2)	CESAC 41 (3)	Adolescencia Argerich (4)	Salud Rep Argerich (5)

### TESIS: CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

#### CONSIGNA:

Buenos días/ Buenas tardes. Estoy realizando un proyecto de investigación sobre la calidad de atención en salud sexual y reproductiva de algunos establecimientos de salud. Quisiera hacerle unas preguntas acerca de este CESAC/ servicio del hospital al que usted concurre.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La investigación pretende conocer la percepción de las usuarias acerca de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva de algunos hospitales y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Este establecimiento ha sido seleccionado para realizar las entrevistas a las usuarias. Realizaremos también observaciones del lugar. La encuesta es confidencial y ninguna persona por fuera del equipo conocerá sus respuestas. Su participación en esta entrevista es voluntaria, y puede detenerse en cualquier momento. Cualquier duda que tenga, por favor pregúnteme. No es necesario que responda si una pregunta le hace sentir incomodidad.

La encuesta durará aproximadamente 10 minutos.

### PREGUNTAS FILTRO

F1. ¿Concurrió al Programa de Salud Sexual y Reproductiva (planificación familiar/ información sobre MAC o entrega de MAC) en este CESAC/servicio del hospital alguna otra vez que no sea ésta? (Respuesta única).

SI	NO
1	2
Continuar	Agradecer y finalizar

F2. Sin tomar en cuenta esta consulta, ¿cuántas veces concurrió a este CESAC/servicio del hospital por salud sexual y reproductiva (anticoncepción, planificación familiar/ información sobre MAC o entrega de MAC) en los últimos dos años?

	Veces
999	No recuerda

### EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

1. Pensando, en general, en la atención que Ud. recibió en este lugar en las últimas consultas. ¿Ud. se encuentra... (Respuesta única).

Muy satisfecha	5
Satisfecha	4
Ni satisfecha ni insatisfecha	3
Insatisfecha	2
Muy insatisfecha	1
No sabe	8
No contesta	9

2. ¿Recomendaría este servicio a otra persona? (Respuesta única).

Sí	1
No	2
Otras respuestas (especificar).....	
No sabe	98
No contesta	99

3. ¿Por qué lo recomendaría/ por qué no lo recomendaría? (Respuestas Múltiples, espontánea).

.....

.....

DIMENSIÓN INTERPERSONAL

**Trato de Profesionales/Equipo de salud**

4. Pensando ahora en el TRATO que, en general, Ud. recibió de parte de los profesionales/Equipo de salud de este lugar cuando concurrió a consultar algo. Siempre, a veces o nunca... (Respuesta única por fila).

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
4.1... ¿La saludan al llegar?	3	2	1	8	9
4.2... ¿La llaman por su nombre?	3	2	1	8	9
4.3... ¿La escuchan con atención?	3	2	1	8	9
4.4... ¿La tratan con respeto?	3	2	1	8	9
4.5... ¿Toman en cuenta su situación familiar/ personal?	3	2	1	8	9
4.6... ¿Le preguntan si quiere que su pareja la acompañe a la consulta?	3	2	1	8	9

**Trato personal administrativo**

5. Pensando ahora en el TRATO que, en general, Ud. recibió de parte del personal administrativo de este lugar cuando concurrió a consultar algo. Siempre, a veces o nunca..... (Respuesta única por fila).

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
5.1... ¿La saludan al llegar?	3	2	1	8	9
5.2... ¿Le dan información sobre los trámites que debe realizar?	3	2	1	8	9
5.3... ¿Tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas?	3	2	1	8	9
5.4... ¿La tratan con respeto?	3	2	1	8	9

**Claridad y comprensión de la información**

6. Ahora le pedimos que responda algunas preguntas sobre las consultas que hizo en este lugar. De acuerdo a su experiencia... (Respuesta única por fila).

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
6.1. ¿Los médicos/as le explicaron lo que le iban a hacer?	3	2	1	8	9
6.2. ¿Los médicos/as le preguntaron si Ud. tenía alguna duda o pregunta?	3	2	1	8	9
6.3. ¿Los médicos/as le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas?	3	2	1	8	9
6.4. Cuando le recetaron algún tratamiento, ¿los médicos/as le explicaron sus efectos y riesgos?	3	2	1	8	9
6.5. ¿Ud. pudo formular las preguntas que tenía para hacer?	3	2	1	8	9
6.6. ¿Se fue de la consulta con la sensación que había resuelto lo que necesitaba resolver?	3	2	1	8	9

DIMENSIÓN TÉCNICA

**Tiempo de espera**

7. Ahora le pedimos que piense en el TIEMPO que, en general, Ud. tiene que esperar. Responda en cada fila el tiempo en meses, días, horas o minutos de acuerdo a la opción y señale si ese tiempo transcurrido es mayor del que usted esperaba, es justo el que usted esperaba o es menos del que usted esperaba antes de acercarse al servicio. (Respuesta única por fila).

		Ese tiempo es... ¿mayor del que esperaba, justo el que esperaba, menor del que esperaba?				
Tiempo		Más del que esperaba	Justo el que esperaba	Menos del que esperaba	No sabe	No contesta
7.1. ¿Cuánto tiempo pasa entre el día en que le entregan el turno y el día en que la atienden por ese turno?	..... (Días/Meses)	3	2	1	8	9
7.2. ¿Cuánto tiempo pasa desde que llega a este servicio del hospital /centro de salud hasta que entra a la consulta?	..... (Hs)	3	2	1	8	9
7.3. ¿Cuánto dura la consulta con el profesional?	..... (Min./Hs)	3	2	1	8	9
7.4. ¿Cuánto tiempo pasa entre el día de la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos?	..... (Días/Hs/Min.)	3	2	1	8	9

DIMENSIÓN AMBIENTAL

**Privacidad**

8. Durante las consultas a las que usted asistió en este lugar, ¿Siempre, a veces o nunca suceden las siguientes situaciones? (Respuesta única por fila).

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
8.1. ¿Entró y salió o hubo gente adentro del consultorio, además del profesional?	3	2	1	8	9
8.2. ¿Había un lugar donde Ud. pudo desvestirse sin que nadie la vea?	3	2	1	8	9
8.3. ¿Se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes?	3	2	1	8	9

**Instalaciones**

9. Pensando en las instalaciones de este servicio, diría que es buena, regular o mala...? (Respuesta única por fila).

	Buena	Regular	Mala	No sabe
9.1 ...la limpieza de la sala de espera	3	2	1	9
9.2 ...la limpieza del consultorio	3	2	1	9
9.3 ...la limpieza de los baños	3	2	1	9
9.4 ...la comodidad de la sala de espera	3	2	1	9
9.5 ...la comodidad del consultorio	3	2	1	9
9.6 ...disponibilidad de ascensores	3	2	1	9
9.7 ...la señalización del hospital/centro	3	2	1	9

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

10. Para cada uno de los temas escritos en las siguientes filas quisiera que me diga si vio/ hojeó/ leyó algún folleto, tríptico, cartel, póster, etc. en este lugar, en las consultas que ha realizado. (Respuesta única por fila).

	Si	No	No sabe	No contesta
10.1. Métodos anticonceptivos	1	2	8	9
10.2. Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (CABA)	1	2	8	9
10.3. VIH/SIDA	1	2	8	9
10.4. Anticonceptivos para adolescentes	1	2	8	9
10.5. Derechos sexuales y reproductivos	1	2	8	9
10.6. Ligadura de trompas	1	2	8	9
10.7. Violencia	1	2	8	9
10.8. Anticoncepción de emergencia	1	2	8	9
10.9. Enfermedades de transmisión sexual	1	2	8	9
10.10. Papanicolaou	1	2	8	9
10.11. Mamografía	1	2	8	9
10.12. Autoexamen de mamas	1	2	8	9
10.13. Menopausia	1	2	8	9

11. La información que contenían los folletos, trípticos, carteles, pósteres, etc., que vio/ leyó/ hojeó en este lugar durante las consultas que hizo le pareció muy útil, poco útil o nada útil.... (Respuesta única por fila).

Muy útil	3
Poco útil	2
Nada útil	1
Otras respuestas (especificar).....	
No sabe	8
No contesta	9

HISTORIA REPRODUCTIVA

12. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre su historia reproductiva, por ejemplo: embarazos, partos, hijos/as que tuvo. (Anote por favor en números, si no tuvo ninguno escriba 0).

¿Cuántos embarazos tuvo? (si está embarazada, no incluir actual)	.....embarazo/s	Ns/Nc
¿Cuántos de esos embarazos terminaron en "partos normales" (vaginales)?	.....partos vaginales	Ns/Nc
¿Cuántos de esos embarazos terminaron en cesáreas?	..... cesáreas	Ns/Nc
¿Cuántos de esos embarazos terminaron en abortos?	..... abortos	Ns/Nc
¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo?	.....nacidos vivos	Ns/Nc

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Para finalizar le pedimos las siguientes preguntas demográficas.

**NSE0. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que usted alcanzó (Entrevistada)?**

**NSE1. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que alcanzó el jefe de familia (PSH)?**

Sin estudios	Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario incompleto	Terciario completo	Universitario incompleto	Universitario completo	Postgrado	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	E
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PSH
0	0	0	0	4	4	4	4	13	13	PTS

**NSE2. ¿Cuál es la ocupación del principal sostén del hogar?**

	PSH	PTS
Dueño, Socio Empresas de más de 50 empleados-Alta Dirección	1	32
Dueño, Socio Empresas de 6 a 50 empleados-Alta Gerencia	2	28
Dueño, Socio Empresas de 1 a 5 empleados-Gerencia	3	22
Profesionales independientes sin empleados a cargo- Jefes intermedios	4	16
Técnicos Independientes-Técnicos en relación de dependencia	5	12

Comerciantes sin personal, Artesanos- Empleados especializados, supervisores, capataces	6	10
Autónomos especializados- Empleados sin jerarquía	7	7
Obreros calificados	8	6
Autónomo no calificado- Personal no calificado	9	4
Ocupación informal	10	2
Pasivos (JUBILADOS / PENSIONADOS)- Inactivos	11	4
Desocupados	12	2

NSE3. ¿Cuál es su ocupación/actividad? (Entrevistada)

.....

NSE4. ¿Podría decirme cuáles de los siguientes bienes hay en su hogar?

	COD	PTS
Computadora personal	1	6
Conexión a Internet desde el hogar	2	8
Tarjeta de débito (PSH o cónyuge)	3	5

NSE5. ¿Usted o alguien de su hogar tiene auto? (Preguntar por la antigüedad, excluir aquellos de más de 15 años de antigüedad).

	COD	PTS
Tiene 1 auto	1	11
Tiene 2 ó más autos	2	22
No tiene auto	3	0

NSE6. ¿Poseen algún tipo de cobertura médica en el hogar ya sea medicina prepaga u obra social, recurren a consultas particulares o se atienden en hospitales públicos?

	COD	PTS
Medicina prepaga / obra social	1	5
Consultas particulares	2	5
Hospitales públicos	3	0

NSE7. ¿Cuántas de las personas que viven en el hogar perciben ingresos y aportan al mantenimiento y gastos del hogar?

	COD	PTS
1 persona	1	1
2-3 personas	2	7
4 ó más personas	3	9

NSE8. ¿Me podría decir su edad?: ..... (Anoté la edad en números absolutos)

NSE9. ¿Me podría decir el barrio/partido en el cual reside?: .....

**SUMAR PUNTAJE Y RECODIFICAR**

NSE7	COD	PUNTAJE
Alto 1	1	57 a 100
Alto 2	2	48 a 56
Medio alto	3	37 a 47
Medio típico	4	29 a 36
Bajo superior	5	17 a 28
Bajo inferior / marginal	6	Menos de 17

**¡AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN!**

## Distribución de frecuencias según variables de corte

**Cuadro 2.** Distribución de frecuencias del nivel de satisfacción de las usuarias con la atención recibida según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	TOTAL	Edad		Nivel socioeconómico		Concurrencia	
En porcentajes (%)		Jóvenes	Adultas	Medio/bajo	Marginal	Frecuente	Esporádica
Muy insatisfecha	-	-	1	1	-	-	1
Insatisfecha	1	1	1	1	1	2	-
Ni satisfecha ni insatisfecha	4	4	3	3	4	3	4
Satisfecha	44	48	41	46	42	38	52
Muy satisfecha	51	47	54	49	53	57	43
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 3.** Recomendación del servicio según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	TOTAL	Edad		Nivel socioeconómico		Concurrencia	
En porcentajes (%)		Jóvenes	Adultas	Medio/bajo	Marginal	Frecuente	Esporádica
Sí	96	95	96	96	95	97	94
No	1	2	2	2	2	-	3
No sabe	3	3	2	2	3	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 4.** Evaluación del trato recibido por parte de los/as profesionales /equipo de salud según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	TOTAL	Edad		Nivel socioeconómico		Concurrencia	
En porcentajes (%)		Jóvenes	Adultas	Medio/bajo	Marginal	Frecuente	Esporádica
<b>1... ¿La saludan al llegar?</b>							
Nunca	3	4	3	3	3	1	5
A veces	5	2	7	7	3	6	3
Siempre	92	93	90	89	94	92	92
No contesta	-	1	-	1	-	1	-
<b>2... ¿La llaman por su nombre?</b>							
Nunca	4	7	1	4	3	-	8
A veces	5	4	6	5	5	4	7
Siempre	90	87	93	89	92	95	84
No sabe/no contesta	1	2	-	2	-	1	1
<b>3... ¿La escuchan con atención?</b>							
Nunca	1	-	1	1	-	-	1
A veces	4	2	6	5	3	4	4
Siempre	95	98	93	94	97	96	95



**Cuadro 4.** Evaluación del trato recibido por parte de los/as profesionales /equipo de salud según edad, nivel socioeconómico y concurrencia (continuación)

	<b>TOTAL</b>	<b>Edad</b>		<b>Nivel socioeconómico</b>		<b>Concurrencia</b>	
<b>En porcentajes (%)</b>		<b>Jóvenes</b>	<b>Adultas</b>	<b>Medio/bajo</b>	<b>Marginal</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Esporádica</b>
<b>4... ¿La tratan con respeto?</b>							
Nunca	-	-	1	1	-	-	1
A veces	4	3	4	4	2	4	2
Siempre	96	97	95	95	98	96	97
<b>5... ¿Toman en cuenta su situación familiar/personal?</b>							
Nunca	13	10	15	14	11	12	13
A veces	11	13	9	12	9	15	6
Siempre	76	76	76	73	80	73	80
No contesta	-	1	-	1	-	-	1
<b>6... ¿Le preguntan si quiere que la pareja la acompañe a la consulta?</b>							
Nunca	26	27	24	29	22	20	32
A veces	6	4	10	9	4	11	2
Siempre	68	69	66	62	74	69	66
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 5.** Evaluación del trato recibido por parte del personal administrativo según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	<b>TOTAL</b>	<b>Edad</b>		<b>Nivel socioeconómico</b>		<b>Concurrencia</b>	
<b>En porcentajes (%)</b>		<b>Jóvenes</b>	<b>Adultas</b>	<b>Medio/bajo</b>	<b>Marginal</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Esporádica</b>
<b>1... ¿La saludan al llegar?</b>							
Nunca	18	18	18	22	14	16	20
A veces	27	30	24	25	29	31	23
Siempre	51	47	55	48	54	49	53
No sabe	4	5	3	5	3	4	4
<b>2... ¿Le dan información sobre los trámites que debe realizar?</b>							
Nunca	10	8	12	12	8	9	11
A veces	26	31	20	24	28	27	24
Siempre	60	56	65	59	61	59	62
No sabe	4	5	3	5	3	5	3
<b>3... ¿Tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas?</b>							
Nunca	11	9	13	12	9	10	12
A veces	23	28	19	22	26	25	22
Siempre	62	58	65	60	63	60	63
No sabe	4	5	3	6	2	5	3
<b>4... ¿La tratan con respeto?</b>							
Nunca	8	6	11	10	6	6	11
A veces	23	27	19	24	23	25	21
Siempre	66	63	68	62	69	66	65
No sabe	3	4	2	4	2	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 6.** Evaluación sobre la información recibida en las consultas según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	<b>TOTAL</b>	<b>Edad</b>		<b>Nivel socioeconómico</b>		<b>Concurrencia</b>	
<b>En porcentajes (%)</b>		<b>Jóvenes</b>	<b>Adultas</b>	<b>Medio/bajo</b>	<b>Marginal</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Esporádica</b>
<b>1... ¿Los médicos/as le explicaron lo que le iban a hacer?</b>							
Nunca	<b>2</b>	1	3	2	2	2	2
A veces	<b>5</b>	4	6	5	5	5	5
Siempre	<b>93</b>	95	91	93	93	93	93
<b>2... ¿Los médicos/as le preguntaron si Ud. tenía alguna duda o pregunta?</b>							
Nunca	<b>6</b>	4	7	8	4	2	9
A veces	<b>7</b>	7	7	5	8	9	4
Siempre	<b>87</b>	89	86	87	88	89	87
<b>3... ¿Los médicos/as le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas?</b>							
Nunca	<b>1</b>	1	1	1	1	1	1
A veces	<b>8</b>	8	7	8	7	7	7
Siempre	<b>91</b>	91	92	91	92	92	92
<b>4... Cuando le recetaron algún tratamiento, ¿los médicos/as le explicaron sus efectos y riesgos?</b>							
Nunca	<b>2</b>	-	3	2	1	1	2
A veces	<b>7</b>	6	8	8	7	7	7
Siempre	<b>91</b>	94	89	90	92	92	91
<b>5... ¿Ud. pudo formular las preguntas que tenía para hacer?</b>							
Nunca	<b>2</b>	1	2	1	2	1	2
A veces	<b>8</b>	9	7	8	8	9	7
Siempre	<b>90</b>	90	91	91	90	90	91
<b>6... ¿Se fue de la consulta con la sensación de que había resuelto lo que necesitaba resolver?</b>							
Nunca	<b>1</b>	1	2	2	1	1	2
A veces	<b>8</b>	9	7	9	7	9	7
Siempre	<b>91</b>	90	91	89	92	90	91
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 7.** Tiempo transcurrido en cada situación según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	TOTAL	Edad		Nivel socioeconómico		Concurrencia	
En porcentajes (%)		Jóvenes	Adultas	Medio/bajo	Marginal	Frecuente	Esporádica
1... ¿Cuánto tiempo pasa entre el día/hora que le entregan el turno y el día/hora que la atienden por ese turno?							
En el día	45	47	44	45	46	43	48
Entre 1 y 7 días	16	17	14	15	16	15	17
Entre 8 y 15 días	12	9	14	10	14	12	11
Entre 16 y 30 días	24	25	23	28	19	27	20
Más de 30 días	3	2	5	2	5	3	4
2... ¿Cuánto tiempo pasa desde que llega a este servicio/centro hasta que entra a la consulta?							
Menos de 30 min.	34	29	39	30	38	33	34
30 minutos	18	20	15	19	16	16	20
Más de 30 y menos de 60 min.	3	2	5	4	3	4	4
60 minutos	20	19	21	20	20	21	18
Más de 60 y hasta 120 min.	13	14	12	16	9	12	14
Más de 120 min.	12	16	8	11	14	14	10
3... ¿Cuánto dura la consulta con el profesional?							
Hasta 10 minutos	20	19	21	17	24	19	21
15 minutos	26	21	30	29	22	24	27
20 minutos	25	28	22	24	25	25	25
25 minutos	-	-	1	-	1	1	-
30 minutos	25	28	22	24	26	27	24
Más de 30 min.	4	4	4	6	2	4	3
4... ¿Cuánto tiempo pasa entre el día de la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos?							
En el día	66	65	67	67	65	71	61
Entre 1 y 10 días	3	4	2	3	3	4	2
Más de 10 días	1	2	1	-	3	1	1
Está embarazada o buscando embarazo	7	10	3	5	8	8	6
Está eligiendo MAC	3	2	3	4	2	1	4
No retira en ese lugar	13	12	14	15	11	9	17
No usa (menopausia, ligadura, decisión)	2	1	4	2	2	3	2
Tiene DIU (realiza controles)	5	4	6	4	6	3	7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 8.** Expectativas sobre el tiempo transcurrido en cada situación según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	TOTAL	Edad		Nivel socioeconómico		Concurrencia	
En porcentajes (%)		Jóvenes	Adultas	Medio/bajo	Marginal	Frecuente	Esporádica
<b>1... ¿Cuánto tiempo pasa entre el día/hora que le entregan el turno y el día/hora que la atienden por ese turno?</b>							
Menos del que esperaba	6	5	7	6	6	5	7
Justo el que esperaba	67	68	66	72	61	67	67
Más del que esperaba	27	27	27	22	33	28	26
<b>Base</b>	<b>(136)</b>	<b>(66)</b>	<b>(70)</b>	<b>(72)</b>	<b>(64)</b>	<b>(75)</b>	<b>(61)</b>
<b>2... ¿Cuánto tiempo pasa desde que llega a este servicio/centro hasta que entra a la consulta?</b>							
Menos del que esperaba	9	8	10	11	6	8	10
Justo el que esperaba	54	56	53	51	59	59	50
Más del que esperaba	36	35	36	37	34	33	38
No sabe	1	1	1	1	1	-	2
<b>3... ¿Cuánto dura la consulta con el profesional?</b>							
Menos del que esperaba	9	11	7	8	10	7	12
Justo el que esperaba	87	86	88	87	87	92	82
Más del que esperaba	3	1	5	4	3	1	4
No sabe	1	2	-	1	-	-	2
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>
<b>4... ¿Cuánto tiempo pasa entre el día de la consulta y la entrega de métodos anticonceptivos?</b>							
Menos del que esperaba	8	8	8	10	6	13	1
Justo el que esperaba	88	90	87	89	88	82	97
Más del que esperaba	3	2	3	1	5	4	1
No sabe	-	-	1	-	1	-	-
No contesta	1	-	1	-	-	1	-
<b>Base</b>	<b>(174)</b>	<b>(88)</b>	<b>(86)</b>	<b>(92)</b>	<b>(82)</b>	<b>(99)</b>	<b>(75)</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Cuadro 9.** Evaluación de la privacidad durante las consultas según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	TOTAL	Edad		Nivel socioeconómico		Concurrencia	
En porcentajes (%)		Jóvenes	Adultas	Medio/bajo	Marginal	Frecuente	Esporádica
<b>1... ¿Entró, salió o hubo gente adentro del consultorio, además del profesional?</b>							
Nunca	77	78	76	75	79	72	82
A veces	17	18	16	18	17	20	14
Siempre	6	4	8	7	4	8	4
<b>2... ¿Había un lugar donde Ud. pudo desvestirse sin que nadie la vea?</b>							
Nunca	34	28	39	30	37	38	29
A veces	11	14	9	10	13	10	13
Siempre	54	57	51	58	50	51	57
No sabe	1	1	1	2	-	1	1
<b>3... ¿Se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes?</b>							
Nunca	76	74	78	73	79	78	74
A veces	12	13	11	15	10	11	13
Siempre	11	13	10	12	10	10	13
No sabe	1	-	1	-	1	1	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 10.** Evaluación de las instalaciones según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	TOTAL	Edad		Nivel socioeconómico		Concurrencia	
En porcentajes (%)		Jóvenes	Adultas	Medio/bajo	Marginal	Frecuente	Esporádica
<b>1... La limpieza de la sala de espera</b>							
Mala	2	1	2	2	2	1	3
Regular	16	19	12	18	13	16	15
Buena	82	79	86	81	84	83	81
No sabe	-	1	-	-	1	-	1
<b>2... La limpieza del consultorio</b>							
Regular	3	4	2	4	3	2	4
Buena	97	96	98	96	97	98	96
<b>3... La limpieza de los baños</b>							
Mala	6	9	4	8	5	8	5
Regular	13	17	9	14	11	11	14
Buena	59	53	65	50	70	65	53
No sabe	22	21	22	28	14	16	28
<b>4... La comodidad de la sala de espera</b>							
Mala	3	2	3	5	1	2	3
Regular	10	11	10	14	7	11	10
Buena	87	87	87	82	92	87	87
<b>5... La comodidad del consultorio</b>							
Mala	1	1	-	-	2	1	-
Regular	7	6	9	10	4	7	8
Buena	92	93	91	90	94	92	92

**Cuadro 10.** Evaluación de las instalaciones según edad, nivel socioeconómico y concurrencia (continuación)

	<b>TOTAL</b>	<b>Edad</b>		<b>Nivel socioeconómico</b>		<b>Concurrencia</b>	
<b>En porcentajes (%)</b>		<b>Jóvenes</b>	<b>Adultas</b>	<b>Medio/bajo</b>	<b>Marginal</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Esporádica</b>
<b>6...La disponibilidad de ascensores</b>							
Regular	<b>3</b>	2	4	4	2	2	4
Buena	<b>80</b>	81	80	75	87	80	81
No sabe	<b>17</b>	17	16	21	11	18	15
<b>7...La señalización del hospital</b>							
Mala	<b>2</b>	4	1	2	3	2	3
Regular	<b>7</b>	8	5	9	4	5	8
Buena	<b>91</b>	88	94	89	93	93	89
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 11.** Temas sobre los cuales recibió o no información a través de folletos, trípticos, pósteres, según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	<b>TOTAL</b>	<b>Edad</b>		<b>Nivel socioeconómico</b>		<b>Concurrencia</b>	
<b>En porcentajes (%)</b>		<b>Jóvenes</b>	<b>Adultas</b>	<b>Medio/bajo</b>	<b>Marginal</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Esporádica</b>
<b>1. Métodos anticonceptivos</b>							
Sí	<b>70</b>	68	71	70	69	76	62
No	<b>30</b>	32	27	28	31	23	37
No sabe	<b>1</b>	-	2	2	-	1	1
<b>2. Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable</b>							
Sí	<b>56</b>	48	63	56	55	62	48
No	<b>44</b>	52	35	42	45	36	52
No sabe	<b>1</b>	-	2	2	-	2	-
<b>3. VIH/sida</b>							
Sí	<b>66</b>	63	68	64	67	72	58
No	<b>34</b>	37	31	35	33	27	42
No sabe	<b>-</b>	-	1	1	-	1	-
<b>4. Anticonceptivos para adolescentes</b>							
Sí	<b>51</b>	49	53	50	52	54	47
No	<b>48</b>	51	45	48	48	44	53
No sabe	<b>1</b>	-	2	2	-	2	-
<b>5. Derechos sexuales y reproductivos</b>							
Sí	<b>53</b>	47	59	53	52	55	50
No	<b>46</b>	53	40	45	48	43	50
No sabe	<b>1</b>	-	2	2	-	2	-
<b>6. Ligadura de trompas</b>							
Sí	<b>32</b>	26	39	33	32	32	33
No	<b>67</b>	74	60	66	68	67	67
No sabe	<b>1</b>	-	1	1	-	1	-
<b>7. Violencia</b>							
Sí	<b>41</b>	35	47	37	45	46	35
No	<b>59</b>	65	52	62	56	53	65
No sabe	<b>-</b>	-	1	1	-	1	-

**Cuadro 11.** Temas sobre los cuales recibió o no información a través de folletos, trípticos, pósteres, según edad, nivel socioeconómico y concurrencia (continuación)

	<b>TOTAL</b>	<b>Edad</b>		<b>Nivel socioeconómico</b>		<b>Concurrencia</b>	
<b>En porcentajes (%)</b>		<b>Jóvenes</b>	<b>Adultas</b>	<b>Medio/bajo</b>	<b>Marginal</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Esporádica</b>
<b>8. Anticoncepción de emergencia</b>							
Sí	<b>51</b>	52	50	53	50	56	46
No	<b>48</b>	47	49	46	50	42	54
No sabe	<b>1</b>	1	1	1	1	2	-
<b>9. Enfermedades de transmisión sexual</b>							
Sí	<b>54</b>	50	58	54	54	59	48
No	<b>46</b>	50	41	45	46	40	52
No sabe	<b>-</b>	-	1	1	-	1	-
<b>10. Papanicolaou</b>							
Sí	<b>54</b>	48	61	51	58	62	46
No	<b>45</b>	52	38	48	42	37	54
No sabe	<b>1</b>	-	1	1	-	1	-
<b>11. Mamografía</b>							
Sí	<b>53</b>	46	60	50	56	59	46
No	<b>47</b>	54	39	50	44	40	54
No sabe	<b>-</b>	-	1	1	-	1	-
<b>12. Autoexamen de mamas</b>							
Sí	<b>50</b>	43	58	48	53	56	44
No	<b>49</b>	57	41	51	47	43	56
No sabe	<b>1</b>	-	1	1	-	1	-
<b>13. Menopausia</b>							
Sí	<b>39</b>	25	53	37	42	43	35
No	<b>60</b>	75	46	63	58	56	65
No sabe	<b>1</b>	-	1	1	-	1	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>

**Cuadro 12.** Evaluación de la utilidad de la información recibida a través de folletos, trípticos, pósteres sobre cada tema según edad, nivel socioeconómico y concurrencia

	<b>TOTAL</b>	<b>Edad</b>		<b>Nivel socioeconómico</b>		<b>Concurrencia</b>	
<b>En porcentajes (%)</b>		<b>Jóvenes</b>	<b>Adultas</b>	<b>Medio/bajo</b>	<b>Marginal</b>	<b>Frecuente</b>	<b>Esporádica</b>
Poco útil	<b>8</b>	7	10	7	10	9	8
Muy útil	<b>75</b>	74	75	75	73	77	71
No sabe	<b>16</b>	18	14	17	16	13	20
No contesta	<b>1</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Base</b>	<b>(250)</b>	<b>(126)</b>	<b>(124)</b>	<b>(131)</b>	<b>(119)</b>	<b>(132)</b>	<b>(118)</b>