

Evaluación estratégica del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de Buenos Aires, Argentina

Mónica Petracci, ^a Silvina Ramos, ^b Dalia Szulik^c
Reproductive Health Matters 2005;13(25):60-71

^a Investigadora Senior, CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), Buenos Aires, Argentina.

E-mail: petracci@cedes.org

^b Directora Ejecutiva e Investigadora Senior, CEDES, Buenos Aires, Argentina

^c Investigadora Asistente, CEDES, Buenos Aires, Argentina

Resumen: *En Argentina, desde 1991, han existido leyes provinciales de salud reproductiva, un programa nacional de gran alcance y un fuerte consenso público a favor de las políticas de salud reproductiva. No obstante, aún es un reto fortalecer los servicios públicos, aumentar el número de sedes del programa y resistir los ataques conservadores. En este artículo se describe una evaluación del programa de salud reproductiva de Buenos Aires, aprobado en 2002 e implementado por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Sus objetivos son evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual/VIH, y capacitar al personal de salud y los administradores en cada hospital público y centro de salud de primer nivel. En general, se contaba con anticonceptivos hormonales, DIU y condones masculinos; pero no con anticoncepción de emergencia, condones femeninos y otros métodos de barrera. Algunos proveedores y usuarios conocían las nuevas leyes y los derechos reproductivos reconocidos por la ley. Más del 90% estaba satisfecho con la calidad de la atención en la prestación de servicios, pero muchos profesionales describieron cargas de trabajo excesivas, infraestructuras deficientes y escasez de suministros y personal. Desear ayuda para que se le practicara una ligadura de trompas, fue el motivo más frecuente de las reclamaciones a la Defensoría del Pueblo, seguido de VIH, calidad de la atención y aborto. Se proporcionó información y capacitación tanto para los profesionales de la salud como para las ONG de mujeres y de derechos humanos. © 2005 Reproductive Health Matters. All rights reserved.*

Palabras clave: *servicios de salud sexual y reproductivo, derechos reproductivos, legislación y políticas, estrategias de evaluación, calidad de servicios, Argentina.*

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) estableció una serie de objetivos y metas incluyendo, entre otros, el acceso universal a servicios de salud reproductiva. El compromiso de promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en la agenda nacional de políticas públicas fue reafirmado tanto en la CIPD+5 en 1999¹ como en la CIPD+10 en 2004.² Las medidas a ser adoptadas incluían el desarrollo de estándares y pautas de atención, entrenamiento de personal y

mecanismos e indicadores nacionales para supervisar, monitorear y revisar la implementación de estas políticas a nivel nacional.³⁻⁵ El monitoreo es una estrategia eficiente para observar cómo funcionan las políticas y para medir sus resultados e impacto, y un proceso de aprendizaje político e institucional mediante el cual pueden crearse oportunidades para el cambio. El monitoreo permite detectar los logros y problemas presentes en la implementación de una política, y es una manera de escuchar a la población cuyas necesidades deben

ser tomadas en cuenta. Más aún, el monitoreo es útil para las organizaciones de la sociedad civil, en su labor de exigir la rendición de cuentas y demandar al Estado el cumplimiento de los compromisos asumidos en términos de política pública. Este artículo describe la estrategia y proceso utilizados para evaluar la política de salud reproductiva de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, los hallazgos y las lecciones aprendidas.

Política de salud sexual y reproductiva en Argentina

La situación de la salud reproductiva en Argentina está profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y etáreas, así como por un acceso diferencial al cuidado médico y la salud, y a los derechos humanos vinculados a la sexualidad y la reproducción en las políticas sociales. Así, las mujeres jóvenes, pobres y menos educadas, particularmente aquellas que viven en zonas rurales, son las más afectadas por el embarazo adolescente y la mortalidad materna.⁶⁻⁸

Muchos de los factores que condicionan el diseño e implementación de las políticas de salud reproductiva, tales como el grado de voluntad política de los funcionarios; los conflictos de interés entre quienes están en el poder y los grupos sociales afectados; las barreras ideológicas, culturales y sociales frente a los cambios propuestos; y las limitaciones de presupuesto, son comunes a la mayoría de procesos de formulación de políticas.⁹⁻¹² En el caso de las políticas de salud sexual y reproductiva, existen también obstáculos políticos e ideológicos para la introducción de cambios en la organización y gestión de los servicios de salud y los recursos humanos relacionados con ellos.¹³ Dado que las políticas sociales vinculadas a la sexualidad pueden ser punitivas o de respaldo, tanto desde un punto de vista de justicia social como de salud pública¹⁴, estos factores tienden a poner en riesgo la implementación de la política y a menudo crean brechas entre la propuesta original y lo que finalmente se logra.

Desde la década de los ochenta, la evolución de las políticas vinculadas a la salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina se ha caracterizado por tres aspectos básicos. El primero involucró la

apertura gradual del espacio público, que acabó con el silencio sobre temas de salud reproductiva. El segundo fue la aprobación de una ley de salud sexual y reproductiva nacional y el desarrollo de políticas públicas y programas, logros que han enfrentado ataques conservadores y una oposición continua en cinco gobiernos diferentes, hasta la actualidad, ilustrando el conflicto de intereses políticos y posiciones ideológicas vigente en la Argentina y los demás países.

Del silencio al consenso social

Desde principios del siglo XX, Argentina ha tenido una ideología pronatalista, reflejada en las políticas nacionales de salud y población, que fue excluida del debate político y social. Desde mediados de los setenta hasta mediados de los ochenta, la provisión de servicios de planificación familiar en los servicios de salud pública o la seguridad social estuvo prohibida. Con el retorno a la democracia, el país empezó una lenta pero segura reflexión acerca del significado y relevancia de la salud reproductiva como un asunto esencial de derechos humanos y política pública.

En 1985, el Parlamento ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y sus principios fueron incorporados a la Constitución Nacional en una enmienda de 1994, asegurando así que los derechos protegidos por la CEDAW y las responsabilidades del Estado en asuntos de salud reproductiva fueran parte de la máxima legislación en el país. Durante los noventa, los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) tuvieron también un peso significativo. Los esfuerzos sostenidos del movimiento de mujeres para incluir la salud reproductiva en la agenda pública también jugaron un rol clave en este proceso.¹⁵

Empezó a desarrollarse un marcado consenso público alrededor de asuntos clave de salud reproductiva. Un estudio desarrollado en 1994 por el Consejo Nacional de la Mujer, con una muestra representativa de 200 mujeres mayores de 18 años que vivían en Buenos Aires, encontró una amplia aceptación de la educación sexual: 80% de las

mujeres pensaba que debía ser brindada en los colegios, los servicios de atención primaria de salud y los medios de comunicación. Se consideraba que debía incluirse información sobre infecciones de transmisión sexual (99%), uso de condones (99%), uso de métodos anticonceptivos (98%), menstruación (98%), embarazo y parto (96%), aspectos psicológicos y sociales del sexo (95%), prostitución (93%), legislación sobre el aborto (93%), violencia y abuso sexual (92%), cambios físicos en la adolescencia (91%), homosexualidad (91%) y masturbación (85%)¹⁶.

Durante este periodo tuvieron lugar debates públicos que condujeron a la aprobación de nuevas leyes sobre salud reproductiva en la mayoría de provincias. El primero fue en 1991, seguido de otros nueve entre 1996 y 1999. La presión de la Iglesia Católica y la posición del entonces presidente Menem con relación a los derechos sexuales y reproductivos, bloquearon cualquier posibilidad de que se considerara una ley de alcance nacional. La administración Menem, alineada con el Vaticano, había enfatizado su oposición a los derechos sexuales y reproductivos objetando numerosos párrafos en los acuerdos de El Cairo y Beijing, y proponiendo la incorporación del derecho a la vida desde el momento de la concepción en la Constitución Nacional, propuesta que no fue aceptada.¹⁷

Desde el año 2000, sin embargo, otras nueve provincias y la ciudad de Buenos Aires aprobaron leyes de salud reproductiva. La mayoría de estas leyes crearon programas o servicios para la provisión de anticonceptivos, la detección y tratamiento de cáncer de cuello uterino y cáncer cervical, y de enfermedades de transmisión sexual. Reconocían el derecho de las mujeres y hombres de regular su fertilidad y hacían responsable al Estado por la salud reproductiva. El grado en que cada una de estas

iniciativas ha sido implementada difiere, debido a limitaciones en el presupuesto para financiar recursos humanos, la compra de insumos anticonceptivos y el desarrollo de actividades de promoción de la salud¹⁸.

Del consenso social a la política pública

Al final de 2002 se aprobó una ley nacional de salud reproductiva (Ley 25.673/2002), reflejando el compromiso político del presidente Kirchner y el entonces ministro de Salud Dr. Ginés González García. Aún cuando el clima político en ese momento era bastante favorable, el proceso de negociación que culminó con la aprobación de la ley fue prolongado y lleno de conflictos. La ley creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, dirigido a promover la educación e información sobre salud reproductiva y el acceso a contracepción sin discriminación por razones de edad o sexo. De acuerdo a un reciente informe de CONDESA, el Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (www.conders.org.ar), entre agosto de 2003 y agosto de 2004 el número de lugares de prestación de servicios se incrementó de 300 a casi 3000 en todo el país.

En mayo de 2004, el gobierno nacional estableció que la salud reproductiva sería una de las áreas claves de la política pública nacional para los siguientes tres años.¹⁹ A nivel regional, ahora que Argentina ha cambiado la posición que mantuvo en la década de los noventa, pudo firmar el *Acuerdo sobre la participación de los estados partes del MERCOSUR, Chile y Perú para la elaboración de una posición común en las reuniones internacionales sobre población y desarrollo de 2004*. Este acuerdo ratificó el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing como instrumentos para el diseño de políticas de salud en la región, y presenta una estrategia para la coordinación de las políticas de salud y la revisión de la legislación en cada país.

Viejos intentos, nuevos escenarios

Estos cambios positivos y el amplio consenso público que los respalda están todavía en riesgo. Los grupos minoritarios vinculados a los sectores más conservadores de la Iglesia Católica han iniciado acciones legales llamando a la suspensión de los

¹⁶ La Pampa (1363/1991); Córdoba (8535/1996); Corrientes (5146/1996 y 5527/2003); Chaco (4276/1996); Mendoza (6433/1996); Río Negro (3059/1996 y 3450/2000); Neuquén (2222/1997); Misiones (Decreto 92/1998); Chubut (4545/1999); Jujuy (5133/1999); Ciudad Autónoma de Buenos Aires Ley (418/2000); Tierra del Fuego (509/2000); La Rioja (7049/2000); Santa Fe (11888/2001); San Luis (5344/2002 y Decreto 127/2003); Buenos Aires (13066/2003); Corrientes (5527/2003 y 5146/1996); Entre Ríos (9501/2003); Santa Cruz (2656/2003).

programas de salud reproductiva y la derogación de la ley de salud reproductiva como inconstitucional. Han tratado también de limitar la provisión de métodos anticonceptivos a menores, y de prohibir la anticoncepción de emergencia.⁶ No todas estas iniciativas han sido resueltas todavía por las cortes, aunque hasta ahora no han detenido la implementación de las políticas existentes.

En este escenario parecía apropiado conocer la opinión pública. Un estudio realizado en 2003 por tres organizaciones de la sociedad civil² con una muestra representativa de 300 personas mayores de 18 años residentes en Buenos Aires y el área circundante, mostró nuevamente que la gran mayoría tiene una posición favorable frente a estas cuestiones. Un 69% estuvo de acuerdo en que los adolescentes de 13-14 años debían acceder a servicios de salud reproductiva sin autorización de sus padres, mientras que un 85% consideró que debían poder hacerlo los adolescentes de 15-17 años. El 91% consideró que las mujeres debían acceder a la ligadura de trompas sin costo alguno, previo consentimiento y cuando fuera médicamente indicado. Esto es particularmente relevante en la medida en que el Programa Nacional no incluye la esterilización quirúrgica.

Con relación al Programa Nacional, casi todos los entrevistados estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con sus objetivos: prevenir la transmisión del VIH (100%), proporcionar gratuitamente métodos anticonceptivos en los servicios de salud (98%), prevenir el embarazo adolescente (99%), promover la participación de las mujeres en las decisiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva (99%) y prevenir embarazos no deseados (98%). No estuvieron de acuerdo con propuestas conservadoras que buscaban frenar la implementación del Programa. Un 97% rechazó la orden provisional de un juez de prohibir la producción y venta de contraceptivos orales y DIU en el país, así como otra orden provisional emitida por el mismo juez para cerrar el Programa Nacional.^{16,20}

El actual escenario es sustancialmente mejor al de décadas anteriores. Argentina ha aprobado una ley de escala nacional, haciendo de un programa de amplio alcance una prioridad nacional; existe un amplio consenso sobre el rol que juegan las políticas públicas en asuntos de salud reproductiva; y el debate social sobre estos temas ha ganado considerable visibilidad. Sin embargo, persisten desafíos vinculados al fortalecimiento de las políticas públicas, la mejora de la calidad de los servicios de salud reproductiva, un aumento de los lugares de implementación del Programa y la resistencia a las acciones legales de los sectores conservadores.

Evaluación del Programa de la ciudad de Buenos Aires

La ciudad de Buenos Aires fue pionera en la implementación de políticas y programas de salud reproductiva en Argentina. En 1988 se lanzó un programa piloto de Procreación responsable en un número limitado de servicios de salud, el primero de este tipo en el país. Durante largo tiempo el programa no contó con presupuesto y tuvo, por lo tanto, escasa cobertura y ninguna actividad de difusión. Sin embargo, en consonancia con el Programa de Acción del Cairo, la constitución de la ciudad de 1996 reconoció los derechos reproductivos como derechos humanos.

En el año 2000, el Parlamento de la Ciudad de Buenos Aires aprobó la Ley 418/2000, que creó su propio Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (en adelante, «el Programa»^{21,22}). Sus principales objetivos fueron prevenir los embarazos no deseados, proveer información y acceso a métodos anticonceptivos (incluyendo a los adolescentes), promover el condón como método de prevención de ITS/HIV, promover el involucramiento de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad y entrenar personal de salud en estos temas. El Programa opera actualmente en todos los hospitales públicos y establecimientos de atención primaria de salud en la ciudad, brindando servicios y consejería además de actividades de promoción de la salud y educación.

Buenos Aires ha tenido también el liderazgo en el monitoreo de políticas de salud pública. En 2002, la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría

² CEDES (Centro de Estudios del Estado y la Sociedad), CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y FEIM (Fundación para Estudios e Investigación de la Mujer)

del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires decidió evaluar la operación del Programa,* proceso que estuvo a cargo del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Los objetivos de este proyecto fueron desarrollar estrategias e instrumentos para monitorear la implementación de políticas públicas y adiestrar a las organizaciones de la sociedad civil para desarrollar el monitoreo en el futuro. Se utilizaron tres estrategias principales.

Demandas e intervenciones de la Defensoría del Pueblo

Los ciudadanos pueden presentar denuncias, quejas o solicitudes de intervención, mediante cartas, formularios oficiales o entrevistas cara a cara. La Defensoría del Pueblo puede también iniciar acciones de oficio, seguidas de investigaciones que pueden eventualmente rectificar cualquier violación de la política pública. Con el fin de analizar el tipo de demandas presentadas, se revisó los archivos del período comprendido entre el 1 de agosto de 1998 y el 30 de junio de 2002, utilizando palabras clave vinculadas a salud sexual y reproductiva. Se identificó 53 demandas: 2 en 1998, 4 en 1999, 18 en 2000, 19 en 2001, y 10 en el primer semestre de 2002, relacionadas con ligaduras de trompas (27), VIH/SIDA (10), calidad de atención (8), aborto (6), infertilidad (1) y la Ley 418/2000 (1). La mayoría de demandas (47 de 53) fueron hechas por ciudadanos, mientras que 6 de ellas fueron iniciadas por la Defensoría. El uso de esta estrategia y el número de temas cubiertos parecían ir en aumento, señal tal vez de una mayor conciencia de derechos en las personas, así como de una creciente participación social.

El deseo de someterse a una ligadura de trompas motivó 27 de las demandas, la mayoría presentadas por mujeres con muchos hijos, mujeres que habían tenido varias cesáreas, embarazos de alto riesgo o enfermedades preexistentes, que no podían utilizar otros métodos anticonceptivos o cuya situación socioeconómica era inestable. Solicitaban a la Defensoría del Pueblo intervenir con relación a la

Ley 17.132/1967, que regula la práctica médica en Buenos Aires (Artículo 20º) y que no permite a los profesionales médicos practicar una esterilización sin indicación terapéutica y sin haber agotado todos los medios para preservar los órganos reproductivos. La Defensoría del Pueblo entrevistó individualmente a todas las mujeres para conocer los detalles de cada caso, informar a las mujeres de sus derechos y derivarlas a servicios legales gratuitos. Realizó un seguimiento de cada caso y trató de mejorar la comunicación con el personal del hospital. Su participación redujo la frecuencia de casos llevados a corte y permitió una respuesta más rápida a las solicitudes para acceder a una ligadura de trompas. Muchos de estos casos fueron resueltos porque existía una indicación terapéutica precisa debido a riesgos para la vida y la salud, definida esta última desde un enfoque bio-psicosocial. Se obtuvo el consentimiento informado de las mujeres y no se consideró necesario una autorización judicial.

En el tema de VIH/SIDA, las demandas estuvieron relacionadas con el acceso a antirretrovirales y otros medicamentos, su calidad o el costo del tratamiento para los extranjeros o para quienes carecieran de los documentos necesarios para obtener medicamentos gratuitos. Las demandas sobre la calidad de servicios de salud se relacionaban con abusos del personal administrativo, la ausencia de un profesional de salud pertinente en el momento oportuno, o el no proporcionar información suficiente sobre su condición, por ejemplo, a una mujer que había sufrido una pérdida. Los casos relacionados con aborto inducido involucraban el acceso al aborto en casos de feto anencefálico y, en uno de los casos, de violación de una mujer con retardo mental. El caso de infertilidad se refería a un hombre que no tenía los medios para acceder a un tratamiento complejo y sentía que era su derecho recibirlo. Una mujer trató de interponer una demanda estableciendo que el programa en Buenos Aires era inconstitucional.

Informes preparados por los servicios de salud pública

La Defensoría del Pueblo tiene la facultad de solicitar información sobre las actividades que son desarrolladas para implementar una legislación

* Esta iniciativa fue desarrollada durante la administración de la Dra. Diana Maffia a través del Programa de Promoción, Control y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, apoyado por la Fundación Ford.

existente. En 2002 solicitó a los directores del programa que prepararan informes sobre el abastecimiento de métodos anticonceptivos (disponibilidad y fuente de suministro) y que identificaran las principales fortalezas y debilidades del programa. Con relación al abastecimiento, se encontró que éste era permanente en el caso de anticonceptivos inyectables y orales, y del condón masculino; existía disponibilidad de DIU y pesarios espermicidas solo en algunos de los casos; y en ninguno de ellos había abastecimiento de anticoncepción de emergencia, diafragmas, esponjas, otros espermicidas y condones femeninos.

Con respecto a la fuente de suministro, el gobierno de Buenos Aires proporcionaba la mayor parte de DIU, condones masculinos, inyectables, contraceptivos orales y pesarios con espermicida. Las compañías farmacéuticas fueron también mencionadas como fuente de aprovisionamiento para estos métodos, y como única fuente de la anticoncepción de emergencia.

Con relación a las fortalezas del Programa, se mencionó especialmente el fuerte compromiso de los equipos de salud, y otros aspectos como las reuniones informativas sobre el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, así como una buena comunicación entre usuarios/as y equipos de salud.

Con relación a las debilidades, el análisis mostró que la institucionalización del Programa en los servicios de salud pública había sido limitada. Existían pocos profesionales en puestos remunerados, escasos equipos interdisciplinarios, insuficiente capacitación en salud reproductiva, escasez de personal administrativo, horarios restringidos, problemas con el sistema de citas y carencia de espacios adecuados y bien equipados.

Evaluación de los servicios proporcionados por el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

Se diseñó un estudio exhaustivo, utilizando cuatro técnicas de recolección de información, para conocer la perspectiva de los directores del Programa, los profesionales de salud y los/as usuarios/as.

Se aplicó entrevistas semiestructuradas a los directores de todas las sedes del Programa (n=47),

27 (57%) de los cuales eran mujeres, con un promedio de edad de 49 años. Se les preguntó sobre las normas que regulaban el funcionamiento de los servicios y su conocimiento acerca de las leyes y políticas sobre salud reproductiva.

Se aplicó una encuesta a una muestra de 665 mujeres que habían acudido a los servicios del Programa al menos una vez. La edad promedio de las mujeres era de 28 años (en un rango de 13 a 54); 35% tenía educación primaria, 51% educación secundaria y 14% educación superior. La mitad de las mujeres era ama de casa, 26% trabajaba fuera del hogar, en su mayoría como trabajadoras domésticas o en trabajos de manufactura no calificados, y un 12% era estudiante. Nueve de cada diez carecía de seguro social. La elección de la muestra de los establecimientos del Programa donde se aplicó la encuesta fue intencional, basada en dos criterios. En primer lugar, el número de consultas médicas realizadas el año anterior, incluyendo los establecimientos con mayor número de visitas. En segundo lugar, la composición de los equipos de salud para garantizar la inclusión tanto de establecimientos con equipos multidisciplinarios como con equipos exclusivamente médicos.

Se aplicó también una encuesta al universo de profesionales de todos los establecimientos estudiados (n=195), de los cuales el 86% eran mujeres. La edad promedio fue de 42 años. Un 58% eran médicos (ginecólogos, obstetras, pediatras, psiquiatras); un 18% profesionales de ciencias sociales (trabajadores/as sociales, sociólogos, antropólogos y especialistas en educación); 14% eran obstetras y enfermeras y 10% psicólogos. Un 79% tenía un puesto remunerado.

Una vez concluidos los análisis de las encuestas a usuarios/as y profesionales, se realizó cuatro grupos focales con usuarios y cinco con profesionales de salud, para profundizar los hallazgos de la encuesta.

Esta estrategia incluyó la técnica de observación utilizando una lista de chequeo aplicada en consultorios médicos y salas de espera, donde se registró la existencia de materiales de información, educación y comunicación (IEC). Los materiales de IEC disponibles en la mayoría de establecimientos del Programa trataban sobre VIH/SIDA, anticoncepción y lactancia materna. Un menor

Tabla 1. Conciencia vs. ejercicio de derechos sexuales y reproductivos entre mujeres usuarias de servicios (n=665)

Derechos	Conciencia (%)	Capacidad de ejercerlos (%)
Tener la información y los recursos necesarios para tomar decisión es sobre la vida sexual	100	34
Tener relaciones sexuales sin temor a quedar embarazada	99	36
Decidir libre y responsablemente si tener o no hijos y cuántos tener	99	37
Decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales	99	51
Ser consultada antes de la realización de un procedimiento médico	100	62

número de servicios tenía materiales sobre infecciones de transmisión sexual, violencia o cáncer de mama o cuello uterino.

Conocimiento de profesionales y usuarios/as sobre las nuevas políticas

Las dos encuestas indagaron sobre el conocimiento de las normas vigentes sobre salud sexual y reproductiva, las percepciones sobre derechos sexuales y reproductivos, y también sobre si las mujeres sentían que podían ejercerlos.

Un 47% de los directores del Programa mencionó espontáneamente la Ley 418/2000, que creó oficialmente el Programa, y señaló los siguientes objetivos: acceso a información y provisión de métodos anticonceptivos, prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, y la atención a adolescentes. El 26% mencionó la Ley 25.673/2002, que creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Finalmente, menos de 10 encuestados mencionaron las disposiciones del Código Penal sobre el aborto, la CEDAW, el documento producido por la Reunión de Consenso de Expertos en ligadura de trompas, una recomendación de la Defensoría del Pueblo sobre anencefalia, la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes de Buenos Aires o la Ley Básica de Salud.

Solo 13% de las mujeres entrevistadas conocía las nuevas leyes, y el Programa fue mencionado con mayor frecuencia. Con relación al contenido de esta ley, las mujeres mencionaron solo el acceso a la información y la provisión de métodos anticonceptivos, así como el acceso gratuito a servicios de salud reproductiva.

Con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres mostraron un alto nivel de conciencia sobre todos los derechos listados, aunque se evidenció al mismo tiempo una brecha importante entre la conciencia de derechos y la habilidad para ejercerlos (Tabla 1).

Como principales obstáculos para el ejercicio de derechos, las mujeres señalaron la falta de educación e información (62%), la falta de interés u oposición de sus parejas (17%), la inacción gubernamental (11%) y la oposición de la Iglesia Católica (4%). Factores como los problemas económicos y la limitada distribución de anticonceptivos fueron escasamente mencionados.

El 85% de los profesionales que conocían las normas existentes sobre salud sexual y reproductiva mencionó el Programa; solo un 4% mencionó el Código Penal, un 4% la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires y un 2% la ley nacional de SIDA. Un 17% no mencionó espontáneamente conocer ninguna de estas normas legales.

Casi todos los profesionales entrevistados pensaban que tenían la oportunidad de promover los derechos sexuales y reproductivos señalados en la Tabla 1 en su práctica cotidiana. Mencionaron como los tres principales obstáculos para promoverlos sus propias condiciones de trabajo, la falta de educación e información de las mujeres y la falta de interés u oposición de la pareja.

Opiniones sobre la calidad de atención entre usuarias de servicios y profesionales

Para evaluar la calidad de atención, se utilizó el modelo desarrollado por Donabedian,^{23,24} que aborda dimensiones técnicas, interpersonales y de comodidad. Se revisó la literatura reciente sobre salud sexual y reproductiva para determinar qué indicadores serían utilizados en cada dimensión desde una perspectiva de género y derechos.²⁵⁻²⁸ Las preguntas

para la dimensión interpersonal incluían el trato, la disposición del profesional para responder preguntas y absolver dudas, la habilidad para abordar las necesidades de la/el usuaria/o y la claridad de la información provista por los profesionales. Las preguntas sobre aspectos técnicos incluyeron una provisión de anticonceptivos oportuna, la posibilidad de presentar quejas, la información dada sobre procedimientos administrativos, el trato del personal administrativo y el tiempo de espera. Se evaluó la privacidad durante la consulta y la limpieza como aspectos de la dimensión ambiental. La percepción de la calidad de atención se midió a través del nivel de satisfacción general y de su disponibilidad o no a recomendar el Programa a otra mujer. El 95% de las mujeres manifestó estar muy satisfecha o suficientemente satisfecha con la atención recibida, resultados consistentes con información de otros estudios en Argentina y América Latina,²⁹⁻³³ y 96% dijo que recomendaría los servicios del programa a otra mujer.^{27,30}

La mayoría de mujeres dijo que los profesionales las trataban con respeto (95%), las escuchaban atentamente (90%), las saludaban al llegar (81%), tomaban en cuenta su situación familiar/personal (80%), las llamaban por su nombre (79%), y las hacían sentirse en libertad para hacer preguntas (82%). Respecto a la información proporcionada por los profesionales, la mayoría de mujeres dijo recibir información sobre píldoras anticonceptivas (85%), condones (83%), DIU (72%), ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos (82%), análisis de Papanicolaou (81%), el derecho de recibir métodos anticonceptivos gratuitamente (77%), prevención de VIH/SIDA (74%), el derecho a recibir atención médica gratuita (73%), infecciones de transmisión sexual (60%), lactancia materna (54%), y el derecho a conocer su historial médico (45%). Menos de la mitad recibió información sobre otros métodos anticonceptivos, aborto, violencia, normas de salud sexual y reproductiva, ligadura de trompas, infertilidad o esterilidad.

Los indicadores relativos a la posibilidad de quejarse, obtener información sobre procedimientos administrativos, el trato del personal administrativo y el sistema de citas tuvieron puntuaciones más bajas, mientras que el tiempo de espera (en promedio

1 hora y 45 minutos) fue el peor evaluado. La limpieza de los consultorios contrastaba con la falta de limpieza de los baños. Finalmente, cuatro de cada diez mujeres afirmaron que no tuvieron privacidad durante la consulta (personas que entraban y salían del consultorio, o la ausencia de un lugar para desvestirse sin ser vistas).

En lo que se refiere a la calidad de la atención, 12% de los profesionales la consideró excelente, 45% muy buena y 37% buena, mientras que el 4% restante la consideró ni buena ni mala, mala, o terrible. A pesar de un alto nivel de satisfacción con su trabajo (79% muy o suficientemente satisfecho) los profesionales identificaron problemas de carga excesiva de trabajo (50%), deficiente infraestructura (48%), falta de insumos (48%) y escasez de personal (45%).

Nueve de cada diez profesionales afirmaron siempre dar información sobre el derecho de recibir atención médica gratuita, el derecho a recibir métodos anticonceptivos gratuitos, exámenes de Papanicolaou, ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos y VIH/SIDA. Sobre el derecho del paciente a conocer su historia médica, 49% afirmó dar siempre esta información y 34% cuando lo consideraba necesario, mientras que 16% no mencionó este derecho. Con respecto a la anticoncepción de emergencia, 46% señaló que siempre proporcionaba esta información, 42% cuando fuera necesario, y 11% nunca. La mitad de los profesionales señaló haber dado información sobre violencia solo cuando lo consideró necesario, 40% siempre y 8% nunca. Una tercera parte de ellos afirmó que la tarea de proporcionar información presentaba dificultades, en la mayoría de casos debido a la falta de comprensión de las mujeres (83%); el restante 17% mencionó la falta de tiempo durante la consulta, falta de materiales de información y falta de participación masculina. Con relación a los métodos anticonceptivos, señalaron como los factores más importantes a considerar el método deseado por la mujer, su edad y la actitud hacia el método.

En conjunto, 94% de usuarias/os y 92% de profesionales dieron una evaluación positiva. Sin embargo, ambos grupos señalaron la necesidad de reducir el tiempo de espera, el mismo que fue no

solo considerado demasiado largo, sino además escasamente utilizado para actividades de información y difusión. Otros cambios sugeridos por las usuarias/os fueron mejorar las condiciones de privacidad, mientras que los profesionales solicitaron mejoras en la infraestructura y los recursos humanos.

Análisis de los resultados de la evaluación

Esta evaluación fue la primera de este tipo desarrollada en Argentina, y la información será utilizada como línea de base para medir mejoras y retrocesos.³⁴ La ley del año 2000 claramente amplió la cobertura de métodos anticonceptivos a todos los servicios de salud pública bajo responsabilidad de la ciudad de Buenos Aires, y los legitimó como parte de la política oficial. La calidad de atención fue percibida como positiva, especialmente en lo que se refiere a la relación proveedor-usuaria. Con relación a los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres conocen la existencia de un conjunto de derechos, pero también son concientes de las dificultades para ejercerlos. Los profesionales tenían mayor información que las usuarias acerca de la legislación sobre salud sexual y reproductiva, pero no todos conocían la ley que regula el Programa al que pertenecían.

Desde una perspectiva histórica, es importante recordar la fragilidad que ha caracterizado a las políticas de salud sexual y reproductiva en Argentina por varias décadas. En este sentido, la implementación de un programa de salud reproductiva regulado por una ley que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de la población, y que define las obligaciones del Estado para su promoción y protección, constituye sin duda un avance importante.

Sin embargo, debemos resaltar un conjunto de áreas problemáticas. Por un lado, el Programa no cubre una serie de aspectos de atención a la salud reproductiva; incluso con relación a la provisión de anticonceptivos, muchos de ellos no son provistos y persiste la amenaza legal a la anticoncepción de emergencia. Adicionalmente, el limitado conocimiento de la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en las leyes nacionales y provinciales restringe su habilidad para promoverlos. Más aún, en algunas áreas críticas de los servicios de salud reproductiva la situación es mucho más negativa. Por ejemplo, en lo que se refiere al tratamiento de

complicaciones de abortos inseguros³⁶⁻³⁹ puede citarse el maltrato institucional y la falta de consejería anticonceptiva posaborto; en el caso de la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, la no promoción de la doble protección.⁴⁰ Ambas están incluidas en otros programas de la Secretaría de Salud de Buenos Aires (Romero M, CEDES, comunicación personal, junio, 2004).

Lecciones aprendidas, acciones tomadas y recomendaciones

Tanto los profesionales de salud como las usuarias consideraron la falta de educación e información de las mujeres como los principales obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Al mismo tiempo, no hubo coincidencia entre ambos grupos respecto a la cantidad de información ofrecida y recibida. En ambos casos, las percepciones respaldan la necesidad de intervención.

La combinación de la Defensoría del Pueblo con la habilidad técnica de CEDES legitimó el proceso de evaluación y ayudó a obtener la colaboración de las autoridades del Programa, jefes de servicio y profesionales de salud. Las tres principales estrategias utilizadas mostraron ser efectivas para identificar las necesidades y establecer prioridades.

Como resultado del alto número de quejas vinculadas a la ligadura de trompas, se organizó una Reunión de Consenso de Expertos por la Defensoría del Pueblo en mayo de 2000, que llevó a la elaboración del borrador de la norma 874/03, luego emitida por el Departamento de Salud de la Ciudad. La norma establecía que la ligadura de trompas debía ser accesible con el consentimiento de la mujer, basándose en su situación o riesgo a la salud cuando fuera indicada por un médico o un equipo interdisciplinario de salud, sin que se requiriera ninguna otra autorización.

Los informes de los directores del Programa fueron útiles para identificar las necesidades de los servicios de salud, y mostraron que la promoción

³⁶ El aborto es ilegal en Argentina, con dos excepciones: cuando la salud o vida de la mujer está en riesgo y dicho riesgo no puede ser evitado por ningún otro medio, y cuando el embarazo es resultado de violación de una mujer con retardo mental o demencia.³⁵

de derechos y la capacitación de los equipos de salud, en salud sexual y reproductiva, eran temas fundamentales. Así, la Defensoría del Pueblo preparó y distribuyó un folleto que contenía todas las leyes y normas nacionales y locales sobre salud sexual y reproductiva. Se desarrollaron talleres de capacitación en diversos servicios de salud. Adicionalmente, las demandas de los directores del Programa por mayor capacitación y por una mejor programación de actividades para los equipos profesionales y administrativos fueron incluidas en un reporte elaborado por la Defensoría del Pueblo y presentado a las autoridades de salud.

Queda aún pendiente abordar las necesidades de los proveedores de servicios y mujeres respecto a una menor carga de trabajo, mejor infraestructura, mejoras en la disponibilidad de insumos y personal, así como en la información dada a las mujeres.

Los resultados de la encuesta permitieron identificar indicadores clave para la promoción y defensa de derechos y para el monitoreo. Estos instrumentos constituyeron el núcleo de las actividades de capacitación, los talleres y los pequeños proyectos de intervención desarrollados por organizaciones de la sociedad civil (ONG de mujeres y derechos humanos). Estas actividades contribuyeron a mejorar las habilidades técnicas de estas ONG, y fueron el primer paso hacia la creación

de una red de organizaciones capaces de monitorear la implementación de políticas públicas en el futuro.

La inclusión de una gran cantidad de actores clave en este proyecto trajo a colación sus intereses comunes, haciendo de estas actividades no solo un proceso de evaluación sino también de promoción y defensa de derechos. Consideramos que este proceso fortaleció el rol y reconocimiento público de la Defensoría del Pueblo, institución nueva para la defensa y promoción de derechos humanos de las mujeres dentro de la estructura de la democracia argentina⁴¹ basada en la experiencia de otros países latinoamericanos.⁴²

En conclusión, el principal desafío en la actualidad, planteado por Jacobson, es la aplicación de los principios de la salud pública y los derechos humanos a las políticas de salud reproductiva.

*«Lo que se necesita es que los actores institucionales asuman un compromiso de trabajo de largo plazo con la sociedad civil para alcanzar estos objetivos, y un compromiso recíproco de los actores de la sociedad civil para involucrarse con las instituciones de manera proactiva, al tiempo que mantienen su independencia y habilidad para abogar por el cambio desde fuera del sistema de salud».*⁴³

Traducción: Rossana Vargas

Referencias

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (18 de julio de 1999). Caracas FPNU en Venezuela, 2003.
2. CEPAL. Comité Especial de Población y Desarrollo. Conmemoración del Décimo Aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del Programa de Acción en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile CEPAL, 2004.
3. Family Care International. Enfrentando el Desafío de Cairo. Aprendizajes y Acciones Futuras. Capítulo III, Ampliar el contenido y diversidad de los servicios de salud reproductiva, sección 4. New York: FCI, 1999-2000. p.10.
4. Haslegrave M. Implementing the ICPD Programme of Action: what a difference a decade makes. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):12-18.
5. Petchesky RP. *Gendering Health and Human Rights*. London Zed Books, United Nations Research Institute for Social Development, 2003.
6. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un periodo de avances y retrocesos. En: *Derechos Humanos en la Argentina Informe 2002-2003*. Buenos Aires CELS, 2003.
7. Ramos S, Romero M, Karolinski A, et al. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CEDES, 2004.
8. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. El embarazo en la adolescencia:

- diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Executive Summary. At: <http://www.cedes.org/informacion/index2.html>
9. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9(4):353-70.
 10. Kingdon J. *Agendas, alternatives and public policies*. New York Harper Collins, 1995.
 11. Reich M. Applied political analysis for health policy. *Current Issues in Public Health* 1996;12(4):186-91.
 12. Foltz A. The policy process. In: Janovsky K, editor. *Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research*. Geneva World Health Organization, 1996. p.207-23.
 13. World Health Organization. *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*, translated by CEDES. WHO Buenos Aires, 2001.
 14. Berer M. Sexuality, rights and social justice. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):9.
 15. Gutiérrez MA, Gogna M, Ramos S. Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: la experiencia de mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (Argentina). In: Doria Bilac, Baltar da Roca MI, editors. *Saúde reprodutiva na America latina e no Caribe. Temas e problemas*. San Pablo PROLAP-ABEP-NEPO/ UNICAMP, 1998.
 16. Petracci M. *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires Norma, 2004.
 17. CELS, CLADEM, FEIM, Instituto Social y Político de la Mujer. *Derechos humanos de las mujeres: asinaturas pendientes del Estado argentino*. Contrainforme. Buenos Aires: 2002.
 18. Cesilini S, Gherardi N. *Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina*. Buenos Aires Banco Mundial, 2002.
 19. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Plan Federal de Salud*. May 2004. At: http://www.msal.gov.ar/hm/site/institucional_planfederal.asp
 20. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. *Encuesta de opinión pública sobre salud reproductiva*, Executive summary, 2003.
 21. *New reproductive health law*, Buenos Aires, Argentina [Round Up]. *Reproductive Health Matters* 2000;8(16):185.
 22. Vitale A. La planificación de los nacimientos: ¿una propuesta pública a mitad de camino? *Cuadernos Médico Sociales* 1992;59:19-25.
 23. Donabedian A. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio* *Perspectivas en Salud Pública*. México DF Instituto de Salud Pública, 1990.
 24. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly* 1966;44:166-206.
 25. Bruce J. *Elementos fundamentales de la calidad de la atención Un marco conceptual sencillo*. Documentos de Trabajo 21. México DF Population Council, 1998.
 26. *Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género*. Nueva York IPPF/ WHR, 2000.
 27. Matamala MI. Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services. *Reproductive Health Matters* 1998;6(11):10-21.
 28. Reyes Zapata H, Cuevas ML, Robledo C, et al. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. In: Documento de Trabajo 29. México DF Population Council, 1999.
 29. Valdés T (coord.). *El índice de Compromiso Cumplido. Una estrategia para el control ciudadano de la equidad de género*. Santiago FLACSO, 2001.
 30. Petracci M. *Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios*. Informe final de investigación. Beca Conapris, 2003.
 31. Petracci M, Ramos S, Romero M. *Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-uterino*. Informe final. PATH, 2002.
 32. *Encuesta de disponibilidad de servicios de planificación familiar (EDIS)*, Perú, 1992. Cited in Consorcio Mujer. *Calidad de atención en la salud reproductiva. Una mirada desde la ciudadanía femenina*. Perú, 1998.
 33. Langer A, et al. Conceptual bases and methodology for the evaluation of women's and providers' perception of the quality of antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1998; (12 Suppl.):2.

34. Maffia D, Kohen B, Moreno M, et al. Programa Ciudadanía y Sexualidad. Manual para Organizaciones de la Sociedad Civil. Buenos Aires Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, CEDES, 2004.
35. Código Penal, Libro II, Título I. Delitos contra las personas, Capítulo 1, Delitos contra la vida.
36. Checa S, Rosenberg MI. Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública. Buenos Aires Ediciones El Cielo por Asalto, 1996.
37. Checa S. Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: un estudio de abortos hospitalizados por complicaciones posabortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Paper presented at the IV Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Barcelona, 23-27 July 2002.
38. Bodnar P, Bfimer M, Luna F, et al. Salud pública y anencefalia. Buenos Aires CEDES, FLACSO, 2004.
39. Steele C, Chiarotti S. With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Suppl.): 39-46.
40. Weller S. Sexualidad y Servicios de Salud: Un Desafío para la Gestión en VIH-SIDA, Serie Seminarios Salud y Políticas Públicas. Buenos Aires CEDES, 2004.
41. Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Ciudadanía y Sexualidad. Buenos Aires Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 2004.
42. Abad Yupanqui M. Garantías constitucionales y derechos de las mujeres: defensoría del pueblo, Habeas y amparo. In: Facio A, Fries L, editors. *Género y Derecho*. Santiago LOM Ediciones, 1999. p.371-405.
43. Jacobson JL. Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. *Reproductive Health Matters* 2000;8(15): 21-32.



PATRICK ZACHMAN / MAGNUM PHOTOS

Miembro de Hijos, niños de padres desaparecidos, Argentina, 1999