



Universidad del Aconcagua
Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y
ADMINISTRATIVAS**

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

**IMPLEMENTACION DE POLÍTICAS DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
ARGENTINA Y MENDOZA**

Alumno: Juana Burgos
Director: Lic. Sergio Vergara
Tutor Metodológico: Lic. Graciela Matricani

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado:

Nota:

ÍNDICE

Resumen técnico	7
Introducción	8
Título y subtítulo.....	8
Proposición.....	8
Problema de investigación.....	8
Objetivos.	9
Justificación.....	9
Marco teórico conceptual.....	10
Metódica específica.....	11
Hipótesis.....	13
Capítulo I: Antecedentes y evolución del derecho a la salud	14
1.1. Categoría histórica.....	14
1.2. Antecedentes.....	14
1.3. Aparición del derecho a la salud.....	16
1.3.1. Recopilaciones locales.....	16
1.3.2. Evolución del derecho a la salud.....	16
1.3.3. Nacionalización de las regulaciones.....	18
1.3.4. El funcionamiento social.....	21
1.3.5. Antecedentes anteriores a la constitucionalización.....	22
1.4. Antecedentes de la sanción de las constituciones de los estados partes.....	22
1.4.1. Principales reformas.....	23
1.5. Contenido del derecho a la salud.....	24
1.5.1. Modelos generales de atención de la salud en Argentina.....	26
1.5.2. El sector público de la salud Argentina- antecedentes históricos.....	32
Capítulo II: Políticas de salud	39
2.1. Concepto de Política.....	39

2.2.	Políticas de salud.....	40
2.2.1.	Clasificación de las políticas de salud.....	41
2.2.2.	Formulación de políticas.....	43
2.2.3.	Requisitos de una política.....	43
2.2.4.	Herramientas de la política.....	44
2.2.5.	Tendencias en la formulación de políticas.....	45
2.3.	Planificación en el campo de la salud.....	47
2.3.1.	Planificación en salud según el nivel de extensión.....	48
2.3.2.	Las etapas del proceso de planificación por programas.....	49
2.4.	Programas de salud.....	50
2.4.1.	Elementos en la formulación de un programa de salud.....	51
2.4.2.	Momentos en la elaboración del programa.....	56
2.5.	¿Qué es un sistema de salud?.....	58
2.5.1.	Sistema de salud en Argentina.....	58
2.5.2.	Actores y roles dentro de un sistema de salud.....	60
2.5.3.	Subsistemas del sistema de salud en la Argentina.....	62
<i>Ccapítulo III: Programa provincial de salud sexual y reproductiva en la provincia de Mendoza.....</i>		64
3.1.	Antecedentes sobre los derechos sexuales y reproductivos.....	64
3.2.	Marco legal nacional e internacional.....	68
3.2.1.	Leyes/ programas provinciales de salud sexual.....	70
3.2.2.	Programa nacional de salud sexual y procreación responsable- Ley 25673.....	71
3.2.3.	Monitoreo del programa nacional de salud sexual y reproductiva.....	74
3.2.3.1	Distribución de las mujeres entre 19- 49 años sexualmente activas, según tipo de método anticonceptivo usados por edad en el país-año 2009- Argentina....	76
3.3.	Situación actual de la salud sexual y reproductiva en el mundo, Argentina y Mendoza a través de los indicadores.....	78
3.3.1.	SIDA Indicador del programa de salud sexual y reproductiva.....	81
3.3.2.	Cáncer de mama y cérvico uterino- indicador del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.....	83
3.3.2.1	Cáncer de cuello de útero en el mundo y Argentina.....	83
3.3.2.2	Situación del cáncer de cuello de útero en Mendoza.....	84
3.4.	Antecedentes del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva en Mendoza.....	86

3.4.1	Antecedentes y marcos normativo en la provincia de Mendoza.....	87
3.4.2	PPSSyR en Mendoza (Ley 6433).....	89
3.5.	DESCRIPCIÓN DEL PPSSyR EN Mendoza- SITUACIÓN ACTUAL.....	90
3.5.1	Ámbito de ampliación del PPSSy R en la provincia de Mendoza.....	91
3.5.2	Recursos destinados al PPSSyR.....	92
3.5.3	El sistema de distribución de los insumos.....	92
3.5.3.1	El stock.....	94
3.5.4	Área de capacitación.....	94
3.5.5	Área Social.....	95
3.5.6	Área de información, educación y comunicación.....	96
3.6.	Característica relevantes y sistematización de las entrevistas	99
3.7.	Características de los servicios de salud analizados.....	99
3.8.	Características de las aéreas sanitarias periféricas de la provincia.....	107
3.9.	Resultados de las encuestas a los usuarios.....	108
	Conclusión.....	112
	Bibliografía.....	117
	Glosario de abreviaturas.....	124
	Anexos	
	Anexo I - Planificación en salud según el nivel o extensión de procesos.....	125
	Anexo II – Estado legislativo en salud sexual y reproductiva en Argentina.....	126
	Anexo III – Distribución de la población femenina según el método usado por edad.....	128
	Anexo IV - organigrama del Programa provincial.....	129
	Anexo V – Movimiento de insumos por efector.....	130
	Anexo. VI – Métodos anticonceptivos utilizados actualmente en Mendoza 2010- 2011.....	131
	Anexo VII – Encuesta de salud sexual y reproductiva en áreas sanitarias.....	132

RESUMEN TÉCNICO

El objetivo general de este estudio es analizar los instrumentos que el gobierno de Mendoza utiliza para reducir problemas de desigualdades en salud, tomando como marco de observación el *Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva*, partiendo de la base que la salud es un bien social primario que no admite equivalentes en jerarquía de bienes y que el derecho argentino ampara el acceso a la misma, representa el principal medio para promover el desarrollo humano y económico de un país. Siendo el gobierno nacional garante del derecho a la salud, solidariamente y sin discriminaciones, al igual que debe establecer los mecanismos de regulación y fiscalización de las acciones. Estudiamos las políticas sanitarias que cumplen con las premisas mencionadas en el párrafo anterior, y que están plasmadas en la implementación de los programas en el Sistema Sanitario Argentino y en la provincia de Mendoza. La **Finalidad** del presente trabajo es realizar un monitoreo sobre la aplicación del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva en la red sanitaria pública de Mendoza, desde su puesta en marcha hasta la actualidad, teniendo en cuenta los indicadores del mismo, por tal motivo, se compara el comportamiento de la oferta con el de la demanda, para contribuir al diseño de nuevas acciones referente a los aspectos sexuales y reproductivos de la población y reforzando la educación sexual de los adolescentes y jóvenes. En este contexto partimos de los siguientes **supuestos**: las políticas sanitarias del país y de la provincia de Mendoza, quedan rezagadas en la potestad y voluntad de aplicación del recurso humano, como consecuencia se institucionaliza en el modelo hegemónico de la asistencia médica, esto se ve reflejado en el monitoreo de la situación actual del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva en Mendoza. También se observa la puesta en marcha del programa, si bien no han disminuido los porcentajes de mortalidad de la mujer en edad fértil y la mortalidad infantil, mortalidad por cáncer de cuello de útero y mama. Éstos no se han incrementado, a pesar del crecimiento de la población se puede observar a través de la información estadística que el promedio de los datos cuantitativos se han mantenido en un período de doce años de su puesta en marcha.

Palabras claves: salud como un derecho, herramientas para la implementación de un programa en salud, impacto del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

INTRODUCCIÓN

Títulos y subtítulos

Implementación de políticas de Salud Sexual y Reproductiva en Argentina y Mendoza.

Análisis del impacto del programa provincial de salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil en la provincia de Mendoza.

Proposición

El propósito de éste trabajo, es estudiar las políticas sanitarias y su aplicación a través del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y su desarrollado en la red sanitaria pública de la provincia de Mendoza, con el fin de generar a través de la educación permanente, conciencia en la población femenina sobre la trascendencia de vivir una plena salud sexual y reproductiva.

Problema de investigación

Planteamiento

En el marco de los derechos humanos, relativamente declarados durante la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994 que se formulan y se consagran por primera vez. En 1995, la plataforma de acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer en Beijing reitera los derechos de las mujeres a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva. Hoy, después de muchos años, en Argentina todavía quedan cuatro provincias que no cuentan con una ley propia que proteja los derechos mencionados, pero están adheridas a la ley nacional.

En esta provincia está vigente la ley sobre salud sexual y reproductiva, desde el año 1998, después de trece años de puesta en marcha, continuamos con las altas tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil, altas tasas de cáncer de mama y de cuello de útero. Teniendo en cuenta lo expuesto, y partiendo de que la salud es un derecho del ciudadano, y como consecuencia el

gobierno provincial y nacional se constituyen en el garante del derecho a la salud para todos solidariamente, es el que debe implementar las políticas necesarias para garantizar la salud. Razón por la que de los cuarenta programas vigentes en la provincia, se decide analizar el programa provincial de salud sexual y reproductiva.

Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre la política social sanitaria y el programa provincial de salud sexual y reproductiva que se aplica en la población femenina en edad fértil en la provincia de Mendoza, durante el año 2010?

Objetivo general

Analizar la implementación y el impacto del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva en la población femenina en edad fértil en las áreas sanitarias de Guaymallén, Las Heras y Godoy Cruz de la provincia de Mendoza, durante el año 2010.

Objetivos específicos

- Estudiar el marco históricos de la salud como un derecho.
- Señalar en qué consisten las políticas sanitarias de prevención que aplica el gobierno provincial.
- Describir el marco conceptual de la temática: sistema de salud, administración en salud.
- Explicar como se implementa el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.
- Focalizar el programa preventivo en un universo representativo con mayor cantidad población femenina en edad fértil.

Justificación

El sistema de salud argentino es universal, integral, equitativo e igualitario y siendo el gobierno nacional garante del derecho a la salud para todos, solidariamente y sin discriminaciones, al igual que los mecanismos de regulación y fiscalización de las acciones. Con este estudio pretendemos analizar las políticas sanitarias implementadas a través del programa provincial de salud sexual y preproductiva en la red sanitaria pública de Mendoza.

El programa está orientado a dar respuestas a varios de los problemas de la salud reproductiva de mujeres y varones, entre ellos, disminuir los índices de mortalidad materna a consecuencia de los abortos realizados en la clandestinidad y con personas no idóneas, el embarazo adolescente que culmina en maternidades tempranas o en abortos, la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias así como el contagio de VIH/SIDA u otras infecciones de transmisión sexual a causa de relaciones sin protección, entre otros.

Este instrumento legal significa un adelanto efectivo en la consecución del respeto a los derechos humanos de las personas en materia de salud. Su importancia reside en enfatizar la prevención de la salud sexual y reproductiva a través de provisión gratuita y universal de los métodos anticonceptivos, el acceso a la información, el reconocimiento del derecho de las mujeres a tomar decisiones para proteger su salud sexual y autónoma.

Todo lo expuesto es fácil de enunciar, pero ciertamente difícil de practicar. Estos derechos, más allá de una buena información y divulgación, significan además un enorme trabajo sobre la cultura. Una cultura patriarcal que otorgaba, y otorga, aún, múltiples privilegios y poderes a los hombres en relación con la sexualidad. Es un trabajo relativo a la construcción de nuevas identidades tanto masculinas como femeninas.

Es necesario seguir empoderando a las mujeres para que no sigan dando a luz, niños y niñas no deseados; es comprometer a los hombres en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva de sus compañeras, es convencer a las adolescentes que el amor no los protege de una infección de transmisión sexual. Amar y dar la vida no puede seguir siendo sinónimo de dolor y desgracias; el amor vivido en un contexto de derechos y respeto, cura todo.

Conveniencia. El estudio ofrece información útil a los jefes del programa, sus coordinadores y a los referentes de las áreas sanitarias, sobre las fortalezas y debilidades del programa que les facilitará desarrollar estrategias de comunicación que les permita llegar a la población femenina en edad fértil sobre prevención, salud sexual y reproductiva.

Relevancia social. Los referentes y el jefe del programa de salud sexual y reproductiva, al conocer lo que opina el recurso humano del nivel operativo y la percepción del usuario, pueden establecer

políticas de acuerdo a las necesidades y requerimientos tanto del recurso humano como de la población y trabajar desde una perspectiva integral y no en compartimentos estancos.

Implicaciones prácticas. Los datos obtenidos de esta investigación son útiles para obtener información sobre la opinión del recurso humano que trabaja en el nivel operativo y el conocimiento que tienen los usuarios del programa.

Viabilidad de la investigación. La investigación fue factible dado que los establecimientos seleccionados para su estudio, se encuentran situados en la zona urbana del gran Mendoza y son de fácil acceso. Se contó con la autorización de los directivos de los establecimientos y también con la colaboración del recurso humano afectado al programa, para realizar el relevamiento de datos, recursos humanos, físicos, de la estructura y funcionamiento del mismo.

Marco teórico conceptual

Este trabajo presenta un marco teórico, organizado por tres ejes temáticos, el primero consiste en el estudio de los antecedentes y evolución de los derechos a la salud, donde se analiza los aspectos más elementales que son necesarios para la investigación. El segundo hace referencia a las políticas de salud y sus instrumentos de aplicación. Los dos capítulos indicados, se analizan a través de bibliografía de distintos autores. El tercero hace un abordaje sobre la implementación del programa provincial de salud sexual y reproductiva en la provincia de Mendoza desde un marco legal, asistencial y un relevamiento en terreno a través de entrevistas, encuestas y presentación de los datos de investigación.

Metódica específica

Tipo de estudio. El diseño del presente trabajo es *descriptivo*, porque se analizaron datos que se presentaron en la realidad, que permitió observar características relevantes de los efectores del sistema de salud de Mendoza y de un conjunto de sujetos de interés para la investigación.

Niveles de investigación. El nivel del trabajo responde a una investigación descriptiva, dado que se deseaba observar características y comportamientos de los fenómenos bajo estudio, a través de las

variables de la oferta y demanda de la salud sexual y reproductiva. También se utilizó el correlacional para saber si se relacionaban las variables mencionadas.

Organización y estructura del texto. El texto está organizado de la siguiente manera: índice, resumen técnico, introducción, tres capítulos y conclusión.

- En la primera sección se expone el problema de investigación, los objetivos generales y específicos, la justificación, el marco teórico y la metodología específica.
- El primer capítulo hace una investigación histórica de los antecedentes y evolución de los derechos a la salud.
- El segundo hace referencia a las políticas de salud, sus instrumentos y metodologías de aplicación.
- El tercero hace un abordaje sobre la implementación del programa provincial de salud sexual y reproductiva en la red sanitaria pública de la provincia de Mendoza y el impacto generado en la población femenina en edad fértil en las áreas sanitarias de Guaymallén, Godoy Cruz y Las Heras.
- Finalmente, se presentan las conclusiones a las que hemos arribado después de la investigación.

Diseño de la investigación. El diseño de la investigación es *no experimental* ya que se realizó mediante la observación de la realidad que se presenta en las áreas sanitarias del sistema de salud de Mendoza, sin provocar ningún tipo de modificaciones. Dado que los datos y la información se recolectaron en un solo momento *transeccional* y *es correlacional* porque se estudia la relación entre las variables de la oferta y demanda de la salud sexual y reproductiva

Técnicas y procedimientos para la recolección de datos. Las técnicas de investigación utilizadas para realizar el presente trabajo han sido las entrevistas abiertas y encuestas semiestructuradas a los usuarios, también consiste en una observación documental y textos específicos. Las primeras se realizaron a funcionarios, responsables del programa provincial de salud sexual y reproductiva, profesionales referentes del programa en las áreas sanitarias de la provincia, al recurso humano que se desempeña en relación directa con las usuarias (médicos, enfermeras, obstétricas y administrativos). Y la segunda a las usuarias.

Fuentes de información. Las fuentes de información fueron *primarias*, a través de la lectura de textos específicos del tema, *secundaria* a través de revistas de publicación sobre temas de salud, diarios y planillas de información sobre la recepción, custodia, stock y salida de los insumos que registran en las farmacias y el centro logístico de Mendoza.

Universo. Para el presente trabajo, se tomó como universo a las áreas sanitarias de Guaymallén, Las Heras y Godoy Cruz, siendo los departamentos con mayor población femenina en edad fértil en la provincia.

Unidad de análisis. Usuaris que asistieron a los centros asistenciales en el período de diciembre de 2010 a febrero de 2011.

Muestra. Considerando el diseño de la investigación, se utilizó la muestra probabilística de carácter formal. La muestra se obtuvo a través de la técnica de azar simple, para que todos los casos, tuvieran al inicio, la misma probabilidad de ser seleccionados (según Hernández Sampieri)¹.

Procedimiento de selección de muestra. Para la selección de la muestra se utilizará la selección sistemática de elementos muestrales (según Hernández Sampieri)².

Análisis y procesamiento de datos. Los datos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario, se procesaron y se presentaron en porcentajes y se confeccionó un cuadro demostrativo y un gráfico (página 109 y 131 respectivamente).

Hipótesis

Con la implementación de la política focalizada, “Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva”, han disminuido los porcentajes de la mortalidad de la mujer en edad fértil y de la mortalidad infantil, según los indicadores de la mortalidad materna, mortalidad por cáncer de cuello de útero y mama, y mortalidad infantil en la Provincia de Mendoza en el período 2006 al 2009.

¹ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ COLLADO, Carlos, y PILAR BAPTISTA, Lucio. (2008): *Metodología de la Investigación*, cuarta edición, México, McGraw-Hill Editores. Pág 247.

² HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ COLLADO, Carlos, y PILAR BAPTISTA, Lucio (2008): *Metodología de la Investigación*, cuarta edición, México McGraw-Hill Editores. Pág 255.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

La exposición del presente tema, no puede prescindir de un bosquejo breve de la historia de la idea del derecho a la salud y de su progresiva incorporación en los ordenamientos jurídicos de los Estados Partes, que constituyen su antecedente.

1.1. Categoría histórica

“El derecho a la salud no es el resultado de una concepción dogmática del derecho, sino que es fruto de ciertas circunstancias sociales y económicas que producen su aparición. Nace con un determinado contenido y la evolución de las circunstancias que le dieron origen produce sucesivos cambios en su materia, sobre la cual la doctrina cuestiona y polemiza”³.

1.2. Antecedentes (Según tesis doctoral de Urbina, Paola)

Resulta difícil encontrar en el derecho antiguo antecedentes del derecho a la salud con el alcance que él tiene en la actualidad, ya que la atención sanitaria dispensada en algunos pueblos de Oriente y en Grecia pretendía restaurar al enfermo –por entonces considerado sufriente pecador- el orden racional perdido por su culpa. En efecto, en el mundo antiguo y medieval, se creía que la enfermedad era un castigo por un pecado, es decir, una muestra de la desaprobación divina. De esta forma llegó a considerársela una causa de desorden del individuo.

Estas consideraciones explican la razón por la cual el enfermo era visto como un individuo desordenado, minusválido físico y moralmente. Es por ello que la religión y el misticismo permitieron una asistencia médica laica que utilizó prácticas racionales, aunque no exentas de asociaciones mágicas y religiosas.

³ URBINA, Paola Alejandra: (2007) *El acceso a la medicina prepraga en Argentina EL MERCOSUR Perspectivas del Derecho Privado ante las exigencias Sociales y Económicas del Nuevo Milenio*. Disponible en world Wide web: <http://www.tdr.cesca.es/TESIS/URV/AVAILABLE>. fecha de captura 07 de Julio 2010.

De todas maneras, hay que tener en cuenta que la asistencia al estar jerarquizada no permitía ni permite, según vamos a verlo oportunamente, el acceso de cualquier persona a cualquier forma de atención. Tal como lo plantean los profesores de la Facultad de Medicina de Mount Sinai Albert Lyons y R. Joseph Petruccelli (1980)⁴, la elección se ve restringida por la pertenencia a un determinado orden social. Por ejemplo, en la India había hospitales para ricos e indigentes; en China, en cambio, los hospitales estaban destinados para las clases más pobres ya que las clases altas recibían atención en sus hogares; en Asia, en general, los médicos asistían a las clases altas mientras que, los barberos al resto de la población.

Algo similar podría señalarse respecto a Grecia, cuya atención sanitaria, no obstante haber sido inicialmente la misma para todos los estratos sociales, manifiesta idénticas limitaciones que en los pueblos orientales.

Como muestra concreta de ello, las clases altas acudían a médicos de su mismo estrato social; quienes no pertenecían a este estrato, pero podían pagar la asistencia a sus enfermedades, tenían acceso a los médicos más expertos; los extranjeros y esclavos eran asistidos por practicantes, mientras los pobres y todo aquél que quisiera, acudían a los Templos de Esculapio, porque allí cabía la posibilidad de que pobres, ricos, libres o esclavos recibieran tratamiento a sus enfermedades.

En el siglo II el enfoque científico, gracias a los aportes de Hipócrates, puso en evidencia las limitaciones de asignar a la enfermedad una explicación mística y planteó que obedecía a causas naturales. En Roma también se repite el mismo esquema. Las clases altas tenían un esclavo médico particular para su familia. Los esclavos, a su vez, eran asistidos por esclavos médicos municipales o estatales (según Bidart Campos)⁵.

El resto de la población acudía a las enfermerías. Sin embargo, bajo la influencia del cristianismo se restó importancia a las penalidades físicas terrenales. Probado que el fin del mundo no era tan inminente, todo lo referente a la salud pasó a ocupar un lugar preferente. Tal es así que se crearon numerosos hospitales militares y cristianos, los primeros, con el objeto de devolver cuanto

⁴ LYONS, Ernesto; PETRUCCELLI, R. (1980): *Historia de la medicina*. Barcelona Doyma S.A. Pág.180.

⁵ BIDART CAMPOS, Germán J. (1997): *El derecho a la salud y el amparo*,_Ed., Labor. pág.297-298

antes el mortal al ejército, a los soldados capaces de reanudar el combate. Los segundos, para asistir a las clases más pobres. Fue en los pueblos musulmanes donde, pese a existir las mismas limitaciones descritas precedentemente, comienza a mejorarse la atención de los más pobres. Por ejemplo el hospital Mansur de El Cairo, fundado en el siglo III constituyó el cenit de la atención médica. Concomitantemente las Órdenes Teutónica y Santo Espíritu contribuyeron al establecimiento de una asistencia médica regular en tierras germanas y a la fundación de hospitales en casi todas las ciudades europeas. Paulatinamente se fue arraigando la convicción de que la salud es responsabilidad del Estado. Los dirigentes empezaron a darse cuenta que una población sana beneficia al Estado.

1.3. Aparición del derecho a la salud

La concepción de la salud como un bien y un derecho humano fundamental emerge en el siglo XX como una de las especies del género de los derechos sociales o de segunda generación, que corresponden a la segunda fase del Constitucionalismo de Occidente denominado por el jurista Argentino Segundo V. Linares (1946)⁶ con el nombre de Constitucionalismo Social.

Su reconocimiento internacional oficial se produce en la Conferencia Internacional de Salud, celebrada en Nueva York en 1946. Surge de la comprensión de su necesaria preservación como garantía de sobrevivencia, de mantenimiento de la calidad de vida y bienestar de la población, y como un requisito indispensable para el desarrollo económico de las naciones.

1.3.1. Recopilaciones locales

Estas ideas de promoción y protección de la salud, surgidas con el Constitucionalismo Social del siglo XX obedecieron a principios comunes, que pronto fueron recogidos en recopilaciones locales, entre las cuales cabe señalar, entre otras, las Constituciones de México (1917), Weimar (1919), Finlandia (1919), Austria (1920), Estonia (1920) y Polonia (1921).

1.3.2. Evolución del derecho a la salud. (Según Linares Quintana)

La génesis de la evolución del derecho a la salud encuentra su evolución histórica en los últimos siglos, donde se opera una mutación fundamental del papel que hasta entonces había tenido

⁶ LINAREA QUINTANA, Segundo V. (1946): *El derecho Constitucional en la Posguerra*. Buenos Aires. Pág. 345.

el Estado, que hace que pasemos de una concepción de Estado mínimo o gendarme al actual Estado Democrático de Derecho.

Así, dentro de los patrones del individualismo liberal, el Estado era considerado indispensable pero como un “mal necesario”, cuya única función era, básicamente, política: custodiar los derechos naturales del individuo, es decir, defender el orden público y garantizar el libre funcionamiento del mercado

Frente a esta realidad, el individuo debía solventar sus propias necesidades y luchar para alcanzar su desarrollo, bajo la atenta vigilancia del Estado. Esto se expresaba en el principio abstencionista “laissez faire et laissez passer”.

Como consecuencia de la libertad de contratación imperante en ese período, señala el jurista brasileño José Luis Bolzán de Moraes (2006)⁷, la salud se caracteriza como la libertad de procurar los servicios médicos para “curar” la enfermedad, sujeta a las posibilidades individuales de su compra. Impera, por ende, la salud curativa.

Esta tendencia individualista prevaleció hasta mediados del siglo XIX, donde comenzó a operarse una ligera variación por obra del liberalismo católico y del socialismo. Esta variación marcó, simbólicamente, un punto de inflexión: el ocaso del modelo liberal y la irrupción del Estado de Bienestar Social. Aspectos trascendentales a tener en cuenta:

La revolución francesa, en 1789, abocada a la transformación política y social al afirmar los derechos fundamentales que la sociedad reconocía en cada individuo; en materia sanitaria ha legado más principios que instituciones, no obstante haber hecho de París el centro de la medicina clínica y, del hospital, el núcleo de la asistencia sanitaria.

El ideal de igualdad política debía sustentarse sobre el principio de igualdad sanitaria. Respondiendo a este imperativo, la asistencia médica debía ampliarse a todas las clases sociales. De este modo, se intentaba redimir al hombre de la enfermedad y de todos los males, individuales y sociales que ella acarreaba.⁸

⁷ BOLZA DE MORAES, José Luís (2006): *El Derecho a la Salud en Brasil*. Buenos Aires. Tomo 3 Astrea. Pág.1236.

La Revolución industrial, producida en el siglo XIX, no sólo afectó la técnica de la producción, también provocó, entre otros cambios, un gran desenvolvimiento de la urbanización y, con ello, la agudización de los enfrentamientos sociales.

A raíz de ello, los gobiernos se vieron forzados a intervenir en la cuestión social, merced a las luchas reivindicatorias iniciadas por los sectores obreros, y a sancionar un programa de leyes sociales. Así ocurrió con aquellas que consagraron mayor asistencia médico- sanitaria.

El primero de estos programas fue aplicado en Alemania, bajo la conducción de Bismarck 1884, quien advirtiendo que correspondía al Estado mejorar la suerte del proletariado, sobre todo para asegurar el regreso al trabajo pero, también, deseando contrarrestar la creciente influencia del ideario socialista, ofreció protección legal contra la enfermedad.

Este programa pronto fue imitado por otros países, tales como Austria y Francia, y se convirtió en una cruzada política a favor de la dignidad de la persona.

1.3.3. Nacionalización de las regulaciones

Con la consolidación de la democracia social, los gobiernos se comprometieron a asegurar el respeto universal y efectivo derecho a la salud mediante su recepción por los derechos nacionales de los Estados que han adherido al mismo, entre los cuales se encuentran los países de la región.

Así, en 1948, en Bogotá, Colombia, la Novena Conferencia Internacional Americana aprobó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en cuyo Art. XI afirma: "...toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a [...] la asistencia médica"⁹.

La Asamblea General de las Naciones Unidas enunció en París el 10 de diciembre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos en cuyo Art. 25.1 dispone: "...toda persona

⁹ Novena Conferencia Internacional Americana aprobó la Declaración Americana de los *Derechos y Deberes del Hombre* (1948) Bogotá Colombia

tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial [...] la asistencia médica”¹⁰.

En Nueva York, Estados Unidos, el 19 de diciembre de 1966 se firmó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que prescribe en el Art. 12 que, entre las medidas que los Estados Partes deberían adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental debe figurar: “la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”; y, “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”¹¹.

Cabe destacar que el Pacto no obliga a que el Estado se haga cargo de toda cobertura. Basta para cumplir la obligación, que toda persona pueda acceder a servicios de salud, teniendo en cuenta, si fuera necesario, su capacidad contributiva, dada la finalidad de equidad que caracteriza al paradigma del derecho social.

En efecto, el nivel de cobertura queda librado a la determinación política y a la discrecionalidad de cada Estado para la formulación y ejecución de sus políticas públicas en la materia. El Pacto establece los objetivos que deben ser alcanzados por los Estados, mientras la discrecionalidad de estos radica en la selección de los medios con los cuales cumplirán esas metas.

En la ciudad de San José de Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969 se firmó la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica que, en su Art. 26 establece el compromiso de los Estados Partes de adoptar, en la medida de los recursos disponibles, las disposiciones que permitan lograr la plena efectividad de los derechos sociales consagrados en la Carta de la Organización de Estados Americanos, cuyo Art. 33 enuncia entre las metas que deben

¹⁰La Asamblea General de las Naciones Unidas enunció la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948). París Francia.

¹¹ *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. (1966) Aprobado según Ley 23.313 Nueva Cork Estados Unidos (1986) (Argentina) y ratificado el 21/08/1996 (Brasil) y el 17/11/1988 (Uruguay)

ser alcanzadas para contribuir al desarrollo integral de los sujetos: "...la defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica"¹².

La Asamblea General de Naciones, el 18 de diciembre de 1979 aprobó la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer¹³ La misma reconoce a todas las mujeres el derecho a la protección de la salud y a la atención médica sin discriminación de ningún tipo y le otorga al Estado toda la responsabilidad por la eliminación de todo tipo de segregación y por la aplicación de medidas adecuadas para evitar que se profundicen discriminaciones en el campo de la salud.

En Nueva York, Estados Unidos, el 20 de noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño la cual establece como principio general en el Art. 24.1 que: "Los Estados Partes reconocerán el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios"¹⁴.

En Guatemala, el 8 de junio de 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas suscribió la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, por medio de la cual, los Estados Partes, reafirmando que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y libertades fundamentales que otras personas, se comprometieron a trabajar, entre otros tópicos, en el tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad (Art. III 2.b).

Como bien lo establece la Corte Interamericana de Derechos Humanos: "Al aprobar estos tratados sobre derechos humanos, los Estados se someten a un orden legal dentro del cual ellos, por

¹² Convención Americana sobre *Derechos Humanos* (1969) Costa Rica. Aprobada según leyes n° 23.054 (1984) Argentina, Decreto Legislativo n° 27/92 (Brasil) y ratificado el 19/04/1984 (Uruguay)

¹³ La Asamblea General de Naciones, el 18 de diciembre de 1979 aprobó la Convención sobre *la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer* Aprobada según Leyes n° 23.179 (año 1985) Argentina y ley n° 1.215 año 1986 (Paraguay).

¹⁴ Asamblea general de las naciones *Convención sobre los derechos del niño* aprobado según Ley n° 23.849 (año 1990) Argentina, decreto legislativo n° 28/90 Brasil ratificada el 06/12/1989.

el bien común, asumen varias obligaciones, no en relación con otros Estados, sino hacia los individuos bajo su jurisdicción”¹⁵.

La doctrina de la Iglesia Católica, expresada a través de las Encíclicas Pontificias, reconoce al derecho a la salud como un derecho humano fundamental (Laborem Exercens, 1981), cuyo encauzamiento en el sector económico es no solo responsabilidad del Estado sino de la sociedad en su conjunto.

1.3.4. El funcionalismo social

Abandonada la concepción de la salud como un derecho únicamente individual y subjetivo se dice que la salud tiene una función social, o más aún, que la salud es una función social por cuanto constituye un presupuesto ineludible para la preservación de la calidad de vida de la población y, por ende, para el ejercicio de todos los demás derechos. Según, MORELLO Gabriel A. STIGLITZ (1984: 1.100)¹⁶

De ahí que, como escribe Hooft¹⁷, la salud como derecho “no se abastece con la mera omisión de daño, sino que se integra además, con políticas activas, con medidas de acción positiva y prestación. Es de dar y de hacer” (2004: 1321).

Antecedentes históricos merco sureños: la doctrina de la Iglesia Católica es el pensamiento de la Iglesia que versa sobre los distintos modos de afrontar los problemas sociales y económicos en todos los pueblos.

Antecedentes coloniales: la atención de la salud en la época de la colonia se cumplió por medio de la reglamentación de la higiene pública, función que competía al cabildo. De este modo, se procuraba suprimir o evitar los riesgos que pudieran dañar al individuo o afectar al medio ambiente, a fin de prevenir las enfermedades e impedir su difusión.

¹⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas suscribió la Convención Interamericana para la *Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad* Aprobado por Ley 25.280 (Argentina) y Ley 17-330 (Uruguay)

¹⁶ MORELLO, Gabriel; STIGLITZ, A (1984): *La Cautela Autosatisfactiva*. Buenos Aires Ediar Pág.1.100

¹⁷ HOOFT, Pedro Federico (1980): *Derechos Individuales y Colectivos en Salud*. Barcelona. Doyma S.A. Pág.911.

1.3.5. Antecedentes anteriores a la constitucionalización (según Badén, Gregorio)¹⁸

Ni el Estatuto Provisional argentino de 1815, ni la Constitución Argentina de 1819 y su posterior reforma de 1826, que no llegaron a tener vigencia, el Reglamento del Gobierno Paraguayo de 1813 o la Constitución que, desde 1825 regía la provincia oriental, contenían referencias a la salud como derecho.

El artículo 14- Bis de la Constitución Nacional, incorporado en la reforma de 1957 establece: “El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter integral e irrenunciable. En especial la ley establecerá el seguro social obligatorio que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera o económica, administrada por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes”.¹⁹ Dicho artículo distingue un Estado abstencionista de un Estado intervencionista y se complementan dichos derechos con la incorporación de los derechos sociales. A través de este artículo el constituyente pretendió darle tutela legal, que asegure necesaria y obligatoriamente el derecho a la salud.

Seguridad Social e Irrenunciable: se refiere a todos los habitantes del Estado. Debe ser integral, asumir todas las contingencias y demandas vitales (Ej. enfermedad, accidentes, invalidez, vejez, fallecimiento etc.) es decir que sus beneficios son irrenunciables, están por encima de la voluntad individual, porque están investidos de carácter de orden público.

1.4 Antecedentes de la sanción de las constituciones de los Estados Partes

La redacción originaria de los textos constitucionales brasileño, uruguayo y paraguayo de 1824, 1830 y 1844, respectivamente, no contenía referencias explícitas o implícitas a la salud como derecho. No es sino en el texto constitucional argentino de 1853 que se encuentra contemplado implícitamente en el art. 14.

¹⁸ BADENI, Gregorio, (1994): *Reforma Constitucional e Instituciones Políticas*. Buenos Aires (2da. Edic). Prentice T. 1. Pág.849.

¹⁹ PINAR, Gustavo, (1996): *Los derechos humanos en las constituciones del MERCOSUR*, Argentina, Buenos Aires, pág. 1640 1641

Sin embargo, cabe advertir que la jurisprudencia de la Corte Suprema Argentina, en los primeros períodos de la organización sostuvo que, la salud pública era un derecho en el caso de Los Saladeristas (“Podestá c/Provincia de Buenos Aires”, fallos 31:274). En el citado caso, la Corte consideró que la autorización para el funcionamiento de un establecimiento industrial depende de su inocuidad.

O sea que, si resulta dañoso para la salud pública “...contra la cual no hay derechos adquiridos”, la autoridad pública puede imponer nuevos requisitos a la empresa pero, también, retirar la autorización concedida si no se cumplen tales recaudos o si la actividad sigue siendo nociva. Asimismo, la legislación infraconstitucional de la misma época, se ocupaba del tema desde la perspectiva de los “derechos negativos”²⁰.

1.4.1. Principales reformas

Con posterioridad se introdujeron distintas reformas, entre las cuales cabe mencionar como las más importantes, en lo que hace al tema de este trabajo:

- La reforma uruguaya de 1919, en cuanto introduce en el art. 173 la salud como un derecho implícito.
- La reforma paraguaya de 1967, seguida por la brasileña de 1988, paraguaya de 1992, argentina de 1994 y uruguaya de 1996, consagran expresa y definitivamente la salud como un derecho humano fundamental.

Así, Paraguay, en la reforma de 1967, proclama y garantiza en el artículo 83 el derecho a la salud. Sin embargo, no se encontraba protegido por un real Estado de Derecho (Pinard, 1996)²¹. Es por ello que la reforma de 1992 declara en los Arts. 68 y 69 que le compete al Estado proteger y promover el derecho a la salud, proveyendo las condiciones dentro de un Sistema Nacional de Salud, recursos, planes y políticas integradas al desarrollo social.

Conforme a ello define a la salud como derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que objetiven la reducción del riesgo de enfermedades y

²⁰ HOOFT, Pedro Federico, (2004) *Derechos individuales Vs. Derechos Colectivos en Salud: Ética y Justicia*, revista jurídica. La Ley (2004) 1320-1321.

²¹ PINAR, Gustavo, (1996): *Los Derechos Humanos en las Constituciones*, Buenos Aires. La Rocca Pág 221

de otros daños, y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación (Art. 196). El acceso a las acciones y servicios de salud es asegurado a través de una red regionalizada y jerarquizada (Art. 198), constituyendo un sistema único (Art. 195), organizado de forma descentralizada, con dirección única en cada esfera de gobierno y participación de la comunidad (Art. 198), con el objetivo de proveer atención integral en salud. El Art. 199 señala que la asistencia a la salud es libre a la iniciativa privada (según el pensamiento Hoof) ²².

La Argentina establece, en el Art. 42, la protección de la salud, aunque en el contexto particular de la relación de consumo. En efecto, el mencionado Art. determina: “los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y usuarios” ²³ (Legislación Argentina 1995-A: 26).

Finalmente, la reforma uruguaya declara, en el Art. 44: “...todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes²⁴”.

1.5 Contenido Del Derecho a la Salud

La reseña del origen y evolución del derecho a la salud, hecha precedentemente, justifica la afirmación inicial de que este derecho es una “categoría histórica” y no dogmática, e impone analizar el estado actual, atento a la insuficiencia de normas que tutelen efectivamente este derecho.

Contenido actual. Bases en las que se asienta (según el pensamiento de Linares Quintana) ²⁵

²² HOOFT, Pedro Federico, pág.231. Op.Cit.

²³ Constitución Nacional de la República Argentina (1995) Art. 26.

²⁴ Constitución Nacional de la República de Paraguay (año 2004).

²⁵ LINARES QUINTANA, segundo V. (2004): *El derecho constitucional. El constitucionalismo social*, revista jurídica. La Ley (2004).

Para poder establecer cuál es el alcance e implicancia del derecho a la salud es necesario delimitar, adecuadamente, desde la visión jurídica, el concepto de “salud”, porque de la extensión que le otorguemos dependerá, en gran medida, el contenido y la operatividad de su tutela.

En efecto, hasta mediados del siglo pasado el concepto de salud predominante era físico y se identificaba con la “ausencia de enfermedad”. Pero el mayor conocimiento acerca de la importancia que tiene la influencia del medio sobre el individuo ha hecho necesario cambiar el concepto tradicional de salud por otro actualizado.

Así, en 1946, la Organización Mundial de la Salud adoptó como definición la que conceptualiza a la salud como: “...estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁶.

Como se puede observar, esta nueva definición de salud significó un cambio total del concepto que regía. Tal es así que ha dado lugar a la aparición de nuevas especialidades médicas y a una mayor actuación sanitaria.

Por ello podemos sostener que la salud se define, fundamentalmente, en virtud de los derechos que implica y de su alcance. Con base en tal circunstancia, nos incumbe someter bajo examen el derecho a la salud, entendido como aquél que, integrado por el conjunto de obligaciones tendientes a asegurar el acceso de la población a las prestaciones médicas, incumbe al Estado garantizar su cumplimiento.

La gran pregunta es entonces: ¿qué tipo de obligaciones asume el Estado? El Estado es quien debe garantizar el fiel cumplimiento de los derechos esenciales y, por consiguiente, el derecho y acceso efectivo a la salud, mediante “acciones positivas”, esto es, mediante un rol activo y no de mero espectador.

²⁶ Constitución de la Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud Documentos básicos, documento oficial 240 Washington (1991).

1.5.1. Modelos generales de atención de la salud en Argentina (Siguiendo el pensamiento de Isuani Ernesto y Hugo Mercer- Fragmentación Institucional del Sector Salud)²⁷

Los grandes modelos de organización de la atención a la salud son básicamente tres: estatal o público, seguridad social y privado. A continuación realizaremos una descripción general de los mismos y de las principales modalidades existentes en cada uno de ellos.

Modelo estatal o público: Los servicios brindados por el sistema de salud público son, en general, no personales (higiene, saneamiento básico etc.) y personales de tipo preventivo y curativo. y desde el punto de vista jurídico, los servicios están disponibles para todos los miembros de la Sociedad y las restricciones al acceso se deben solo a la inexistencia, absoluta o en proporciones adecuadas, de infraestructura y recursos humanos para satisfacer la demanda de atención. El financiamiento de estos servicios proviene de recursos establecidos por normas legales (impuestos) y la atención es brindada en establecimientos de propiedad de la autoridad gubernamental nacional o local con recursos humanos contratados a tal efecto. El hospital público se hace cargo de la garantía igualitaria, esto es, de dar prestaciones de salud a todos los habitantes del país.

Los primeros sistemas públicos en salud aparecieron en Europa como producto de la amenaza de las diversas epidemias. Señala Rosen²⁸ que las catástrofes preceden a la realización de cambios sociales. Las epidemias de fiebre amarilla, cólera, viruela fiebre tifoidea y tifus representaban un serio obstáculo a los procesos de industrialización y urbanización y aceleraron de responsabilidades estatales sobre la salud colectiva desde el principio del siglo IX.

En Inglaterra la intervención estatal privilegió el instrumento de las inspecciones sanitarias en fábricas y barrios que se traducían en informes como los de Chadewick Smith utilizados, entre otros, por Marx para describir las condiciones de trabajo de la clase obrera inglesa. En Francia se desarrolló una medicina urbana (estadísticas municipales, cordón sanitario, cuarentena) y en Alemania se creó, gracias a los avances de la bacteriología, un extenso conjunto de normas higiénicas e instituciones de control.²⁹

²⁷ ISUANI, Ernesto; MERCER, Hugo (1988): *Fragmentación Institucional del Sector Salud ¿Pluralismo o Irracionalidad?* Buenos Aires , Centro Editor América Latina S.A.pág.16 a 24.

²⁸ ROSEN, G (1974): *Locura y Sociedad*, Madrid, Alianza Editorial. pág. 229

²⁹ FOUCAUL, M. (1977): “*Historia de la Medicalización*” *Educación Médica y Salud*, Washington. (vol. II, nº 1), Pág. 23-25

También existía en la Rusia zarista, un sistema público de salud, donde ya en 1865 un conjunto amplio de población campesina recibía servicios. Los médicos eran contratados y remunerados con dinero proveniente de impuestos locales.

El cúmulo de experiencias y conocimientos sobre salud pública llevó hacia fines del siglo IX a la diferenciación entre una vía de intervención estatal de corte higienista (actuación sobre el medio ambiente y la población en general) y otra de carácter predominantemente asistencial (atención médica a la población enferma). La primera podía alcanzar resultados importantes en la mejora de la salud (como de hecho los alcanzó), pero su presencia era poco visible para el conjunto de la sociedad. La segunda, en cambio, permitía lograr resultados significativos en la atención de cada individuo y mantener una presencia en cada ámbito social.

El desarrollo en amplia escala de sistemas públicos de salud está relacionado con dos hechos básicos. En primer lugar, la creciente presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social (la mayoría de las sociedades capitalistas). Este fenómeno comienza a partir de año 1930 y se profundiza después de la segunda guerra mundial, se expandió significativamente la oferta y la demanda de los servicios sociales. Esta expansión también implicó la afirmación del derecho del ciudadano a los servicios de salud en Inglaterra. Los hospitales preexistentes quedaron a cargo del gobierno y el personal médico especializado fue contratado por dichos hospitales. La medicina general, sin embargo, siguió siendo ejercida en consultorios privados.

En segundo lugar, al surgimiento de países socialistas y, de sistemas nacionales de salud. En el caso de la Unión Soviética, se estableció un sistema de cuidados sanitarios preventivos y curativos gratuitos para toda la población. Los profesionales de la salud se convirtieron en empleados estatales y los hospitales pasaron a ser administrados por el Estado. "El conjunto del sistema tenía una organización y control centrales, incluso la fabricación de los medicamentos y afines",³⁰ Con diferencias no muy significativas surgieron posteriormente los sistemas nacionales de salud en Checoslovaquia, Hungría, Bulgaria y Cuba.

³⁰ ROEMER, M. (1980): *Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud Siglo XXI*. Buenos Aires. Prentice Hall pág. 21.

La atención pública con características Universales desde el punto de vista del derecho al acceso y financiamiento de los servicios, no constituye la única vía a través de la cual el estado participa en la atención de la salud. Otra instancia es la atención a grupos poblacionales específicos donde no permite el acceso abierto. Ya a finales del siglo XVIII el Estado federal norteamericano había instalado hospitales bajo su dirección, para atender a los marinos mercantes. Otro ejemplo son los hospitales para miembros de las fuerzas armadas y policiales

Finalmente, el Estado puede relacionarse con la atención a la salud a través de subsidiar el funcionamiento del sector privado o seguridad social. Un caso típico son los subsidios de beneficios o sin fines de lucro para el mantenimiento de la infraestructura y servicios. Por otra parte, en 1974, el Estado aportaba más de una tercera parte a los ingresos de la seguridad social en nueve de quince países latinoamericanos y más de la mitad en otros seis países. De esta forma, recursos captados del conjunto de la sociedad se destinaban a la prestación de de servicios a los miembros del sistema de seguridad social.

Modelo de Seguridad Social³¹: El financiamiento de este sistema de prestación de servicios de salud está basado en los aportes obligatorios del conjunto de individuos que son sus beneficiarios, en su gran mayoría trabajadores asalariados. También el aporte de las empresas donde éstos trabajan, suele constituir una fuente principal de ingresos y, como vimos, en algunos casos el Estado realiza contribuciones. En General, son sistemas de acceso restringido, ya que los beneficiarios son quienes contribuyen, aunque ello no implica que atienda a sectores minoritarios; a veces la seguridad social cubre a porcentajes significativos de la población, pero a diferencia de la salud pública, el concepto de contribuyente /beneficiario prima sobre el concepto de ciudadano.

El origen de la seguridad social se remonta a fines del siglo IX. En 1883 surgió en Alemania el seguro contra la incapacidad física y enfermedad, haciéndose obligatorio el aporte a cajas de enfermedad que ya existían sobre bases voluntarias. En un siglo su crecimiento ha sido enorme. Virtualmente la totalidad de países desarrollados (excluyendo aquellos países socialistas con sistemas públicos de salud) cuentan con servicios de salud brindados bajo el esquema de seguridad

³¹ MESA LAGO, C.; ISUANI, Ernesto, (1981): *La Seguridad Social en América Latina: Problemas y recomendaciones*, en UNICEF “*Planificación Social en América Latina y el Caribe*”. Santiago de Chile. Mc Graw Hill. Pág. 497.

social. En Europa los seguros voluntarios se fueron integrando en el seguro social convirtiéndose esencialmente en organismos del sistema oficial. En Suecia (1953) y Noruega (1957) se adoptaron seguros nacionales de salud sobre bases universales. En Canadá, la seguridad social ha financiado la atención hospitalaria desde 1957 y los cuidados médicos ambulatorios desde 1968, aportando el gobierno federal prácticamente la mitad de los fondos. Polonia y Yugoslavia también cuentan con sistemas de seguro social basado en el aporte de los obreros industriales, aún cuando otras personas pueden utilizarlos pagando los servicios.

En los países en desarrollo también se ha extendido un importante avance de la seguridad social a fines de la década del setenta. En 90 países para los cuales existe información, 48 poseían servicios de salud suministrados por la seguridad social.

En América Latina, (en la mayoría de los países), el gasto en salud era superior al del sector público. En varios países el escaso desarrollo de los sistemas públicos de salud y el deseo de contar con un tratamiento de mejor calidad, por parte de determinado grupo de asalariados fueron las principales razones que impulsaron el surgimiento de programas de salud de la seguridad social; pero además, iniciativas estatales en búsqueda de apoyo político no deben subestimarse como causa de origen de estos sistemas.

La seguridad social opera básicamente a través de dos modalidades. Por una parte; posee las instalaciones, equipamientos y recursos humanos con los cuales brinda la atención. En ese caso hablamos de una modalidad directa. En otros casos la seguridad social actúa como intermediario financiero y cubre los gastos de atención suministrada a sus afiliados por el sector privado o el público; ésta es, la denominada modalidad indirecta de organización.

La modalidad directa suele ser evaluada como más proclive a uso racional de los recursos humanos, equipamientos y medicamentos. Por otra parte, una excesiva burocratización y despersonalización de los servicios es un riesgo cierto para esta modalidad de atención

El Modelo Privado: La atención es brindada por personas a quienes se atribuye autoridad médica a cambio de un pago, constituye la forma más antigua de provisión y adquisición de servicios de

salud. La medicina prepaga tiene la obligación de dar prestaciones de salud a los que se afilien en forma voluntaria a una empresa prestataria de servicios de atención a la salud, esto es, a una empresa de medicina prepaga (Argentina) o seguro de salud privado (Brasil, Paraguay y Uruguay) a través de un contrato comercial. El contenido es la prestación básica y el que surge del contrato (E. Isuani y H. Mercer (1988:.13)³².

En sus orígenes, el proveedor de estos servicios, brujo o curandero, basaba su autoridad en el carácter mágico que se atribuía a su práctica de una medicina no científica. Estos médicos primitivos se sostienen con el pago individual del paciente o con recursos comunitarios.

A pesar de que en Roma imperial y en la Europa medieval los latifundistas y señores feudales, contaban con personas a cuyo cargo estaban los cuidados de salud, sólo será en el Renacimiento, con el aumento de la urbanización y el surgimiento de las universidades, que nace la figura del médico “libre”, prototipo del profesional liberal contemporáneo que provee sus servicios en el mercado.

Hacia fines del siglo XVIII surge además una forma que trasciende el intercambio individual, la atención de la salud. Se trata de un conjunto de profesionales, normalmente de diversas especialidades, que originan asociaciones (clínicas) de previsión de servicios médicos. Los hermanos Mayo, en los Estados Unidos, constituyen un caso pionero donde la atención colectiva reemplaza a la iniciativa profesional individual.

Además de la atención profesional individual o colectiva, modelo “clásico” de atención privada, existen también otras formas. Una de ellas es el seguro privado, fenómeno ligado al surgimiento y desarrollo de las asociaciones gremiales y sindicales en Europa, Estados Unidos y América Latina. Implica que un conjunto de individuos asumen voluntariamente, y no en forma obligatoria como en la seguridad social, la decisión de protegerse del riesgo de enfermedad contribuyendo colectivamente a solventar los costos de la atención recibida, el costo privado, pero al igual que la seguridad social, el seguro privado, evolucionó hasta el presente a través de una modalidad directa mediante el cual el grupo social orienta sus contribuciones a la adquisición de la

³² ISUANI, Ernesto; MERCER, H (1988:.31) Op.Cit.

infraestructura, equipamientos y recursos humanos que brindan atención a los asociados, y una indirecta a través de la cual un conjunto de individuos contribuye sistemáticamente a una institución que opera como agente financiero y que utiliza tanto el sistema de reembolso como el de tercer pagador para cubrir los costos del servicios.

Finalmente, conviene considerar el surgimiento de una modalidad de práctica en salud basada en la auto atención, que en algunos casos nace como reacción a una excesiva medicalización mientras que en otros implica el manejo por parte de los individuos o conjunto social de ciertos aspectos de sus condiciones de salud. Produce así una especie de apropiación o reapropiación social de conocimientos referidos a la salud individual o colectiva.³³.

La prestación individual o colectiva de servicios médicos privados, al igual que la lógica de operación de un mercado dado, está abierta a cualquiera que posea la capacidad económica para su adquisición. Esto es, una restricción práctica y explica ante el fenómeno global del aumento del costo de la atención en salud, que los esquemas del seguro privado ofrezcan ventajas en términos de permitir el acceso a la misma cuando la complejidad del tratamiento hace difícil su adquisición en forma privada. De hecho la medicina individual o colectiva proporcionada fuera de estos esquemas de seguro, quedaban reservadas para capas minoritarias de altos ingresos.

³³ CARRILLO, Ramón, (1975): *Obras Completas* Eudeba. pág 75.

1.5.2. El Sector Público de la Salud Argentina- Antecedentes históricos (Según el pensamiento del Dr. Emilio Coni)

Las primeras autoridades nacionales adoptaron una serie de medidas en materia de salud colectiva que abarcan desde encargar al médico español Francisco de Paula Rivero, en 1810, la difusión de la vacuna hasta la creación, por parte del Dr Argerich en 1813, de la Facultad Médica y Quirúrgica que poco tiempo después pasó a ser el Instituto Médico Militar. Los primeros servicios de salud fueron los destinados a atender a los soldados en las campañas del desierto emprendidas por Rosas y en la Guerra del Paraguay, impulsando la construcción de hospitales en Paraná y Corrientes.

Hacia fines del siglo pasado esas acciones aisladas, destinadas atender necesidades puntuales, van dando lugar a una intervención estatal más orgánica a cargo de los gobiernos provinciales, municipales y del propio gobierno central. Ese pasaje se expresó en la sustitución de organismos de carácter básicamente consultivo por otros con capacidad ejecutiva; los consejos y juntas de Higiene dan lugar así al Departamento Nacional de Higiene creado en 1880.

Al establecerse el Departamento se produjo también un pasaje de atribuciones del poder local hacia el nivel central. El Departamento contaba con mayores recursos técnicos y humanos para hacer frente a las amenazas de la epidemia que afectaban el territorio nacional. Las obras de saneamiento urbano, tanto por su magnitud como por su complejidad, implicaron una mayor concentración de conocimientos y decisiones en el ámbito del gobierno central (según Coni, Emilio)³⁴.

El Ministerio del interior, del cual dependía el Departamento de Higiene, señalaba, en su Memoria de 1880, que Higiene abarca “los asuntos concernientes a la limpieza general del municipio, la desinfección del aire y de las aguas, y la propagación de la vacuna, la administración de los hospitales, las sustancias alimenticias puestas en venta, la conservación y el aumento de cementerios y las precauciones para evitar las pestes”³⁵.

³⁴ CONI, Emilio, (1927): *Vida científica y bibliografía* (1874-1927), Buenos Aires, Rosso,.

³⁵ CARRILLO, Ramón, (1975): *Obras Completas* Eudeba. pág. 14.

Ante la debilidad y limitación del organismo central, la mayor parte de los servicios de salud, personales y no personales, quedan a cargo dentro del sector público de los gobiernos provinciales y municipales, lo cual no impidió que el Departamento Nacional desarrollara una base de conocimientos a partir de la creación del Instituto Nacional de Higiene, cuyas áreas eran: Higiene General, Geografía Médica, Química, Bacteriología y Sueroterapia.

Higiene General y Geografía Médica expresaban la visión ambientalista, dedicada a investigar la etiología de las enfermedades a partir de las condiciones de vida y de trabajo de los grupos poblacionales. Mientras que Química, Bacteriología y Sueroterapia señalaban la presencia del enfoque biológico que privilegiaba la identificación de agentes causales específicos y de instrumentos necesarios para combatirlos.

La higiene del medio, sobre todo la potabilidad del agua fue encarada por el gobierno central y algunas provincias pero, en forma paralela a al labor del Departamento Nacional de Higiene. Mitre y Sarmiento, en sus respectivas presidencias, ya habían iniciado obras de salubridad, que incluían la instalación de filtros potabilizadores. Posteriormente, las epidemias de cólera que afectaron en 1886 a Córdoba, Mendoza, Santiago del Estero y Tucumán, y en 1895 a Rosario, impulsaron la creación de la Comisión de Obras de Salubridad, que pasó a ser Obras Sanitarias de la Nación en 1912.

En 1913 se produjo una reestructuración del Departamento Nacional, destinada a darle mayor capacidad ejecutiva; sus nuevas áreas (sanidad externa, sanidad interna, salud-escolar-infantil-industrial, ejercicio profesional, bacteriología y desinfección-saneamiento) indican la identificación de grupos étnicos y ocupacionales a los que dirigía cierta atención. La posterior identificación, en 1923, desde las secciones de Propaganda Higiénica y Educación Popular, Venéreas, Higiene mental, alcoholismo y toxicomanías, terminan por convertir al departamento en un agregado de programas de corte verticalista y de respuesta puntual a cada problema epidemiológico considerado como relevante. (siguiendo el pensamiento Martone, Francisco)³⁶.

³⁶ MARTONE, Francisco, (1951): *Administración sanitaria y medicina social*. Buenos Aires, Ciordia y Rodríguez,; pág. 222.

Al mismo tiempo, las autoridades estatales estaban concientes de la necesidad de ajustar su acción en materia de salud a la aplicación de normas legales. En otros países la existencia de un Código Sanitario permitía el ejercicio de una fiscalización que iba desde la higiene de los alimentos, las condiciones de trabajo, hasta la denuncia de enfermedades transmisibles. Los intentos por contar con dicho instrumento legal resultaron, desde 1882 hasta 1943, infructuosos. En varias oportunidades, desde el Poder Ejecutivo, por iniciativa de diputados, senadores o profesionales de la salud se formularon diferentes proyectos que no alcanzan a tener sanción por ambas cámaras, privando al Departamento de ese aval normativo.

En las ciudades, los servicios de salud eran una responsabilidad compartida entre las autoridades provinciales, municipales y la labor de las instituciones de beneficencia, mutuales y la medicina privada. En la ciudad de Buenos Aires a principios del siglo ya existían 59 establecimientos asistenciales y aunque alguno de ellos cumplían funciones de asilo.

Recién a partir de 1943 se inició una transformación importante en materia de organización de los servicios de salud estatales. Hasta entonces, el Departamento Nacional de Higiene había sido una dependencia más del Ministerio del Interior, con la consiguiente desjerarquización de la salud pública, al considerársela como un asunto de orden interno y no una necesidad social. En 1943 el Departamento se convierte en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Este es el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como asunto de interés específico, hecho que se ratificó en 1946 con la creación de la Secretaría de Salud Pública y posteriormente con el establecimiento del Ministerio de Salud en 1949.

Desde la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y de Salud Pública se llevó a cabo una política tendiente a consolidar el apoyo de sectores populares al Gobierno satisfaciendo sus aspiraciones por mejores condiciones de vida y mayores niveles de consumo. La Secretaría de Trabajo promovió el funcionamiento de la solidaridad grupal de los organismos gremiales que dará origen a las Obras Sociales, mientras que desde la Secretaría de Salud Pública se ampliaba la cobertura asistencial dirigida a sectores sociales que hasta entonces habían tenido un acceso limitado y marginal a la atención médica hospitalaria.

Durante la gestión de Ramón Carrillo³⁷, se produjo un importante crecimiento de los servicios dependientes del sector público. En las seis regiones sanitarias que comprendía el Plan de Salud Pública, el crecimiento del número de camas hospitalarias del sector público fue considerable; de las 63.000 existentes en 1946, se avanzó a 108.000 en 1955.

La expansión de los servicios sociales estatales de salud, al igual que su mejor dotación en recursos humanos y materiales convirtió al hospital público en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica que ya no estaba destinado sólo a los indigentes. Carrillo pretendía una estrecha vinculación entre las instituciones de seguridad social y el hospital público, reservando para la medicina privada la atención a los sectores más pudientes.

Con Carrillo se inician una serie de medidas que serán retomadas posteriormente por gobiernos constitucionales. Dichas medidas expresaban una voluntad de regulación de la atención a la salud por parte del Estado, así como el propósito de mantener una adecuada accesibilidad para los sectores sociales menos pudientes; por eso no extraña que la creación de centros de salud, la construcción de establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación de recursos humanos en salud pública y enfermería, también aparecen como acciones prioritarias en sucesivos gobiernos institucionales.

Sin embargo, caído Perón, en un intento de recomposición del sector de salud se inició hacia fines de 1957 a través de diversas medidas de descentralización de los servicios. Las medidas incluyeron la transferencia de recursos asistenciales hacia las provincias y municipios, tratando de disminuir el papel central y coordinador que había llegado a tener el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La asunción del Dr. Illia al gobierno, en 1964, significó una momentánea reversión de las tendencias previas. El sector estatal recuperó su rol orientador y se mejoró la organización interna del Ministerio así como su relación con las provincias. Se revalorizó las Delegaciones Sanitarias Federales, creadas durante la gestión de Carrillo, al considerarlas como herramientas más adecuadas para mejorar la relación entre Nación y provincias. Se creó una oficina coordinadora dedicada a

CARRILLO, Ramón, Op.Cit

recuperar la capacidad técnica de las Delegaciones, para que fueran núcleos efectivos de innovación en materia de organización de servicios e identificación de problemas sanitarios.

La labor de las delegaciones incluía, entre otras actividades, la de servir de enlace entre El ministerio y todos los organismos de salud existentes en la jurisdicción provincial. Por otro lado, era la instancia jerárquica superior de los organismos nacionales existentes en el área. La orientación técnica se complementó con una mayor asignación de recursos financieros que sirvieron para promover actividades consideradas relevantes por el Gobierno central. Las reuniones nacionales de autoridades de salud iniciadas en 1966 significaron posibilidades de un mayor diálogo entre provincias y Nación (según Gordillo, Agustín)³⁸.

La labor de la Secretaría de Salud a partir del golpe de Estado en junio de 1966 se concentró en la atención médica, la prevención y la fiscalización, transfiriendo los asuntos relativos a asistencia social a la nueva Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad, perteneciendo ambas al Ministerio de Bienestar Social.

La ley Orgánica de Ministerios N °17.271 de mayo de 1967, facultaba en su artículo 22 a la Secretaría de Salud a “intervenir en la implementación de un seguro de Salud para toda la población en coordinación con la Secretaría de Estado de Seguridad Social”³⁹. La ley 18.610 de obras sociales será la concreción, en 1970. Al asumir el Gobierno el Dr. Campora, en mayo de 1973, la reforma del sector salud se canalizó a través del diseño de un Sistema Nacional de Salud.

Los principios que incorporaba el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) eran diferentes a los que sustentaban la ley 18.610 de Obras Sociales. Estas diferencias radicaban en la importancia que el Sistema le asignaba al Estado como responsable de hacer efectivo el derecho a la salud al enunciar que “al Estado le competía actuar como un financiador y garante económico en la Dirección de un Sistema que será único e igualitario”⁴⁰.

³⁸GORDILLO, Agustín (1978): *Tratado de Derechos Administrativo, parte genera*, Argentina Buenos Aires Tomo 1. Cap. XI pág.756

³⁹OÑATIVIA, A. (1966: *Política Sanitaria y Social*, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires. Pág. 738

⁴⁰Ley 18.610 de Obras Sociales (1970): MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL DE NACIÓN: *Sistema Nacional Integrador de Salud*, Buenos Aires.(1974)

El SNIS permitía la progresiva incorporación al mismo de provincias, universidades y el sector privado por medio de la firma de convenios. Esta amplitud en la convocatoria implicaba también la presencia, en su Consejo Federal, de autoridades nacionales y provincias de salud junto a representantes de las universidades, la CGT, la CGE, el personal del SNIS y las entidades adheridas al sistema.

El Consejo Federal debía impartir las directivas relacionados con la salud, conforme a los lineamientos de la política nacional en la materia, crear áreas programáticas, supervisar y evaluar el funcionamiento del Sistema. Se contemplaba además la creación de Consejos de Salud provinciales una vez que cada provincia se adhiriera al sistema.

Después del golpe de estado de 1976, el SNIS fue desapareciendo como estructura administrativa, hasta 1977 dejó de figurar en las asignaciones presupuestarias. Una de las medidas dispuestas por el gobierno militar fue la de promover la descentralización de establecimientos hospitalarios. En octubre de 1978, por medio del decreto ley 21.883, se transfirieron establecimientos de la administración central a la municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y a diversos gobiernos provinciales. Dicha medida no contemplaba una medida paralela de transferencia de recursos financieros, de esta forma los gobiernos locales debieron desplazar fondos hacia la atención médica generándose, en algunos casos, desajustes presupuestarios que afectaban el funcionamiento institucional.⁴¹

Dentro del discurso de las autoridades sanitarias nacionales estaba también presente el desarrollo de una acción federalista. A tal fin, durante la primera etapa se constituyó al Comité Federal creado en 1972, por las Reuniones de Autoridades de Salud que significaron desde 1976 a 1980, encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales. En 1980 se amplió la convocatoria convirtiendo a dichas reuniones en el Consejo Federal Salud, incluyendo entre los asistentes a representantes de organismos estatales y privados, la Academia Nacional de Medicina,

⁴¹ MARSHALL, A. (1985): *Gasto público y servicios sociales, su "performance" entre 1976 y 1983*. Buenos Aires. FLACSO, Pág. 880

entidades médicas, los Comandos de Sanidad y los oficiales de enlace de cada fuerza armada en el Ministerio de Salud, escuelas de salud pública y organismos internacionales.(según Varonil, Juan)⁴².

Las tres primeras reuniones del COFESA estuvieron dedicadas a definir su estructura y funcionamiento, así como a diagnosticar la situación de salud del país y la marcha de algunos de los programas a cargo del Ministerio.

En la cuarta Reunión realizada en marzo 1982, se inició sorpresivamente la discusión de una propuesta de organización de un Sistema Federal de Salud que suponía la coordinación entre los sectores públicos, seguridad Social y privada. El sistema proponía asegurar la cobertura en materia de atención médica a la totalidad de la población, y los acuerdos alcanzados reiteraban la voluntad de elevar la calidad de la atención, lograr una mayor accesibilidad a los servicios y promover una mayor simplificación administrativa.

Después de haber realizado una breve historia sobre la salud como un derecho, y considerando que la legislación Argentina ampara éste derecho, la cual debe ser cubierta de forma gratuita para todos los ciudadanos. Por lo que el Estado pasa a actuar como un financiador y garante económico en la dirección del sistema de salud único e igualitario.

En el capítulo II se analizará las políticas de salud, el desarrollo y la planificación de las herramientas que son de aplicación en el sistema de salud argentino.

⁴² VERONIL, Juan C. (1988): *Los proyectos de Transformación de los Sistemas de Salud en América Latina*. México Pág.398-400

CAPÍTULO II

POLÍTICAS DE SALUD

En este capítulo analizaremos el sentido de la política como uno de los instrumentos para reducir problemas de desigualdades en salud. Desde ésta perspectiva se puede concluir definiendo la formulación de políticas como la determinación de prioridades. Es por ello que política y gestión van de la mano llegando a confundirse. Las políticas siempre expresan prioridades de quienes la conducen, mientras que gestión es tomar decisiones.

2 1. Concepto de política

Según el diccionario de la Real Academia española, en la edición N° XX, define la política como: “Arte, doctrina u opinión referente al gobierno de los Estados”.

Según Marshall (1988) entiende la política como el conjunto de valores y de fines sustentados por una determinada comunidad para ordenar y mantener su vida social, económica y cultural. Formular políticas es, establecer prioridades. Las políticas siempre expresan prioridades de quienes las conducen⁴³.

Según, Neil (1990) la política puede ser de un gobierno. O sea pública, comprendiendo el conjunto de acciones y omisiones que manifiesta una determinada modalidad de actuaciones del Estado en relación con cuestiones que sean de interés para sectores o actores de la sociedad civil⁴⁴.

Según, Isuani y Mercer (1988), las políticas públicas son un conjunto relativamente articulado de medios y fines. Por consiguiente las políticas sociales y económicas son una misma cosa, una se ocupa de los recursos, otra de su distribución⁴⁵.

⁴³ MARSHALL, A.(1988): *Políticas Sociales, el modelo neoliberal*, Buenos Aires, Legasa, Pág.46-97

⁴⁴ NEIL, M. S. (1990): *Política Nacional de Salud. Análisis de la Nueva Legislación*, Argentina La Plata, PNUD, Pág. 15

⁴⁵ ISUANI, Ernesto, MERCER (1988):. *La fragmentación Institucional del Sector de Salud ¿Pluralismo o irracionalidad?*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Pág.60-65

Política pública no significa necesariamente política estatal, hoy ha adquirido un protagonismo denominado Tercer Sector como formulador y ejecutor de políticas que tienden al bien común.

La terminología utilizada en las ciencias políticas, en lengua inglesa, dispone de dos expresiones convenientes a diferenciar:

“Politics”: Que son los asuntos o intereses políticos y los debates que preceden la decisión a las acciones consecuentes.

“Policy”: Que son los recursos o planes de acción política, en otras palabras la línea de conducta que surge de la decisión de las autoridades, sean públicas o no gubernamentales.

2.2. Políticas de Salud (siguiendo el pensamiento de Federico Tobar)⁴⁶

Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales. Por política social se suelen definir un conjunto muy amplio de elementos, podríamos sintetizarlo reduciéndolo a dos posturas enfrentadas. Por un lado están quienes centran su definición en la equidad como objetivo y por el otro quienes lo centran en la necesidad.

Los primeros definen la política social como un esfuerzo sistemático por reducir las desigualdades. Los segundos como un esfuerzo por satisfacer necesidades sociales.

Aquí utilizaremos la noción de políticas sociales como esfuerzos organizados para reducir problemas sociales involucrando en estos tanto a la búsqueda de la equidad como la satisfacción de necesidades.

Según Gonzalez García y Tobar, (1997: 25) “Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume el rol activo y explícito. Definir políticas de Salud, es decir, que rol desempeña el Estado en salud. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de 50 años. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el costo del “gasto en salud” que no significa “política de Salud”. En la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de

⁴⁶ TOBAR, Federico, (1990): *Alternativas en la Formulación de Políticas Sociales*, PNUD Proyecto Argentina 90/015.

una asignación de recursos”⁴⁷ Una política de salud puede o no alterar el estado de la salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En principio las políticas de salud tienen su origen en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, nuevas tecnologías, etc... que son el insumo de proposiciones políticas. Tiene mayor trascendencia en la política, el uso de medios y recursos para resolver problemas existentes en salud y enfermedad.

En Argentina el debate sobre políticas en salud adquiere importancia creciente desde la década de los sesenta. La preocupación se debió especialmente al impacto que originó la incorporación de nuevas tecnologías en el campo de la medicina.

Las políticas de salud es el resultado de una gran variedad de factores, por un lado, las necesidades y también las preferencias de la población. Las políticas de salud comprenden tanto las políticas de las instituciones como de los intereses de diversos grupos sociales en cuanto a ganar, perder o mantener poder.

2.2.1. Clasificación de las políticas de salud (según Gonzáles García, Ginés)

Se puede distinguir una política de salud según:

- Los valores o fines a los que se adhiere.
- El nivel de operacionalización en el que ha sido formulada (declarativas, sustantivas e instrumentales).
- Según su origen (ofrecidas y demandadas).
- Teniendo en cuenta a quién va dirigida (focalizada y universales).

Según el área de salud pública (contenidas).

Valores en la Formulación de políticas

Todas las políticas expresan una determinada racionalidad política e instrumental, elección estratégica, fines y valores. La formulación de una política será la resultante de una combinación de

⁴⁷ GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico, (1997): *Más salud por el mismo dinero*, Buenos Aires, Grupo editor latinoamericano-Ediciones Isalud. Pág. 25.

una determinada estrategia con los fines y valores con que sea concebida. Por ejemplo, con relación a la descentralización en salud, se han articulado políticas acorde al surgimiento de la universalidad en la cobertura de los servicios públicos y también otras basadas en la capacidad individual de cada ciudadano de costear su propia atención.

Nivel de Operacionalización de la política

No todas las necesidades que se anuncian en proposiciones políticas tienen la misma seguridad de ser aplicadas

Las políticas declarativas: son de diversa índole, unas se anuncian para disminuir una tensión social, sabiendo que quedarán postergadas por razones de factibilidad (no se pueden cumplir por escasez de recursos) o viabilidad (no se pueden cumplir por ausencia de apoyo y consenso sociopolítico). El uso reiterado de *políticas declarativas* caracteriza la demagogia. ***Las políticas sustantivas:*** son aquellas que tienen el firme propósito de cumplirlas. ***Las políticas Instrumentales:*** son aquellas que se encuentra en un nivel mayor de operacionalización, consiste en la formulación de estrategias que explicitan los medios y acciones para alcanzar los objetivos políticos.

Políticas Ofrecidas Versus Demandadas

Las políticas Ofrecidas: suelen ser anunciadas con carácter emergencial, como recurso para contener la insatisfacción social creciente. ***Las políticas demandadas,*** se basa en la mayor participación y consenso, se transforman en soluciones viables de transformación social. Esto se debe a que suelen preocuparse más por la factibilidad (técnica) que de la viabilidad (política) de los programas.

Políticas Focalizadas Versus Universales

Cuando las políticas son dirigidas a un determinado grupo de la población (de sexo, étnico, de condición socio-económica, de localización geográfica, de actividad, etc) son denominadas *políticas focalizadas*. Cuando su diseño plantea que las mismas deben llegar a todos los ciudadanos se habla de *políticas universal*.

2.2.2. Formulación de políticas (según Federico Tobar 1995)⁴⁸

En primer lugar, la formulación de una política de salud involucra la necesidad de:

- definir prioridades: ¿Cuál es mi problema? ¿Qué es lo que me importa? ¿hacia dónde queremos llegar? ¿qué queremos cambiar?
- Disponer de recursos (humanos, tecnológicos, financieros etc.) ¿Con qué cuento? ¿Qué tengo? ¿Quién me ayuda?
- Seleccionar actividades o tareas a ser desplegadas en el tiempo y en el espacio ¿Qué hago? ¿Cómo lo hago? ¿Cuándo lo hago? ¿Dónde lo hago?
- Es establecer modelos de organización de las tareas o actividades ¿Cómo divido el trabajo? ¿Cómo sé qué hacer en cada lugar y en cada momento? ¿Cómo sé que lo que estoy haciendo está bien?

En segundo lugar, el administrador de servicios de salud, el político o ambos, buscan mediante la sanción de una ley, la solución de problemas existentes en el estado de salud colectivo o individual de la población, o sobre la estructura y funcionamiento de sus instituciones, o del financiamiento de sus servicios. Con frecuencia se conoce la inaplicabilidad de los artículos de la ley por no haberse previsto la *factibilidad económica* y organización o *viabilidad política*.

2.2.3. Requisitos de una política (siguiendo el pensamiento de Federico Tobar 1995)

Para una administración eficiente y efectiva de planes de acción, es necesario considerar algunos requisitos originarios en el campo político:

Necesidad de políticas explícitas para orientar los programas, proyectos y acciones en general: en primer lugar, conviene señalar que la formulación de una política no tiene por qué tener grado de detalle minucioso en cada área de actividad de salud, ni pretender cubrir todos los aspectos especializados o comprender a todos los posibles actores. Las proposiciones políticas deben tener un grado de generalidad que las haga flexibles en el tiempo y en la asignación de recursos.

El cuerpo técnico y administrativo tienen que interpretar y traducir las proposiciones políticas incluida en las leyes en cursos de acción (programas y proyectos), mediante un doble

⁴⁸ TOBAR, Federico (1995): *Tendencias en políticas de salud*, Buenos Aires, Documento de trabajo Isalud. 25 páginas.

mecanismo de comunicación y discusión con los niveles políticos. La traducción de políticas en programas y proyectos y la ejecución exitosa, dan como retorno el llamado impacto político, que tiene como producto la disminución de la tensión social al satisfacer las necesidades y demandas de la población.

Las proposiciones políticas como ideario de una gestión de gobierno: todo gobierno formula una política con mayor o menor grado de detalle basada en el análisis de la información disponible que caracteriza una situación socioeconómica indexada que es necesario modificar. Esta política en sí un cuerpo doctrinario que se expresa en objetivos a cumplirse según las circunstancias, en corto, mediano o largo plazo.

Su sostenibilidad: la formulación de políticas no debe significar la adquisición de deudas para las generaciones futuras siendo esencial que sean sostenibles para un tiempo prudencial.

2.2.4. Herramientas de la política

Existen diferencias entre las políticas que se pueden situar en el nivel de organización; la ambición de los objetivos y metas, la duración de las acciones, estos niveles son los siguientes:

- Proyectos y actividades
- Programas.
- Proyectos.

Los tres tienen aspectos comunes y particularidades.

Aspectos comunes: se basan en la definición de un problema

Requieren de una hipótesis o tecnología apropiada para avanzar en la resolución del problema.

Se basan en la determinación de metas (objetivación del problema)

Proyectos: son esfuerzos sistemáticos para resolver problemas cuyo nivel de complejidad es relativamente bajo, se resuelve en el corto plazo. Proyectar es desplegar recursos disponibles en el tiempo, el espacio. El despliegue es anterior a la acción. Proyectar implica pensar antes de hacer. Cuantas más alternativas se contempla y más respuestas a las contingencias se prevén, más sólido (es decir menos vulnerables) es el proyecto.

Los *proyectos* se componen de acciones (también llamadas actividades). El primer paso consiste en identificar las acciones básicas. Proyectar es articular esas acciones básicas. Es decir, un proyecto es una secuencia articulada de acciones para alcanzar un objetivo de baja complejidad en corto plazo.

Programas: cuando para resolver un problema político hace falta desplegar acciones que responden a la lógica diferente se recurre a programas. Se trata de esfuerzos sectoriales o intersectoriales que despliegan una gran variedad de recursos en el mediano plazo (siempre más de un año).

Planes: por planes se entiende un documento, generalmente producido por niveles centrales (por ejemplo gobiernos nacionales, provinciales) que plantea objetivos prioritarios y explican un conjunto de directivas generales (políticas) en torno a los mismos, las alternativas para alcanzarlos (estrategias) y los medios para obtenerlos (esquema general de asignación de recursos). “Es la expresión máxima de la planificación. Un plan articula múltiples programas, recursos y actores en el largo plazo para alcanzar objetivos muy complejos”⁴⁹.

2.2.5. Tendencias en la formulación de políticas (siguiendo el pensamiento Veliz, C)⁵⁰.

Las dos grandes tendencias globales que influyen sobre la formulación de políticas de salud: es la reforma administrativa del estado y la reforma económica. La principal manifestación de la reforma del estado sobre el sistema de salud fue la tendencia hacia el desplazamiento del poder desde los niveles centrales hacia la periferia de los sistema, aparecería, un efecto centrífugo que comenzaría a revertir el excesivo centralismo que ha sido considerado uno de los mas característicos rasgos estructurales de los países de América Latina De manera complementaria, tanto como efecto de la transformación del Estado como de la reconversión económica, se impulsa un desplazamiento de la lógica organizacional y la provisión desde el sector público hacia el sector privado.

La tercera tendencia que condiciona la formulación de políticas de salud es la creciente democratización de la sociedad y el estado. El movimiento hacia la democratización involucra varios aspectos. En primer lugar, la conquista del derecho a la salud. Es decir, la salud como un derecho del ciudadano y responsabilidad del estado que involucra la implementación de políticas de

⁴⁹ GONZALEZ GARCIA, Ginés/ TOBAR, Federico (1999): *Más salud por el mismo dinero*, Buenos Aires, Ediciones Isalud (2da. edición) Pág 89-91

⁵⁰ VELIZ, C. (1986): *El Centralismo en América Latina de la Población*, Barcelona (II edición.) Mc Grauw Hill Pág.135.

extensión de la cobertura de los sistemas. El tema del acceso a los servicios es una deuda pendiente en nuestra región. Según la Organización Panamericana de la Salud OPS el 25% de los 475 millones de habitantes de América Latina y el Caribe, carece de acceso permanente a los servicios de salud. Así mismo, se afirma que hay 136 millones de personas que no tienen acceso a los servicios de salud, lo que representa el 17%⁵¹.

Cualquier política de salud puede implementarse mediante una serie de planes y programas, y estos pueden implementarse de manera alternativas de acuerdo a las circunstancias. En este contexto las políticas de salud tienen dos objetivos fundamentales:

- Garantizar el derecho a la salud que está explícitamente considerado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS-1948) y en nuestra Constitución Nacional.
- Evitar la inequidad en salud, entendiendo por ellas a aquellas diferencias injustas y evitables.

Uno de los ejes fundamentales para una buena política en salud es tener en cuenta el principio de la equidad, que no significa igualdad absoluta, sino que implica un sistema de justicia.

“En la actualidad nuestro país cuenta con políticas sanitarias, que cumplen con las premisas mencionadas en el párrafo anterior y que están plasmadas en el Plan Federal de Salud de mayo de 2004, consensuando con todas las provincias y que da el marco necesario para el desarrollo de los planes y programas de salud. Tanto a nivel provincial desde la visión macro de un sistema de salud hasta el nivel de cada uno de los servicios de salud e instituciones de la sociedad civil, que también debe desarrollar su planificación a nivel local”⁵².

2.3. Planificación en el campo de la Salud (se sigue el pensamiento de Kestelman)

Es difícil proponer una definición de la planificación que sea completamente satisfactoria, en particular la planificación en el campo de la salud: La planificación está íntimamente ligada al

⁵¹ Los datos fueron expuestos en el Tercer Seminario sobre *Proceso de reforma de la seguridad Social en Salud*, OPS. Washington, 1999.

⁵² KESTELMAN, Narciso (2007): *Herramientas para planificación y programación local*- Módulo 4. Plan Federal de Salud- Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación. (2da Edición).Pág. 21- 30

contexto sociopolítico en el que se aplica. Es decir, que todas las etapas del proceso de planificación están influidas por el entorno sociopolítico en el que el proceso se inserta.

En primer lugar hay que indicar claramente la orientación u objeto que adoptamos en la planificación sanitaria, tanto si se trata sobre servicios, como sobre los programas de prevención o asistencia. El planificador debe entender de tal forma la salud, que le permita identificar lo que constituye un problema de salud. Razón por la que es necesario previamente definir el concepto de salud.

Según el modelo Canadiense, algunos lo definen como el modelo ecológico, el marco de un sistema de salud en que el sistema de cuidados es un componente importante, pero no único. El modelo considera la salud como una variable dependiente influida por diferentes factores o determinantes:

- Factores biológicos o endógenos.
- Factores ligados al entorno.
- Factores ligados a los hábitos de vida.
- Factores ligados al sistema sanitario.

La planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social, el proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan con los futuros resultados deseados.

Planificar consiste en identificar problemas (actuales y futuros), fijar prioridades de intervención para implementar soluciones, determinar si éstas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica, identificar factores que determinan el estado de las cosas consideradas insatisfactorias, establecer los cursos de acción posible, determinar responsabilidades de ejecución de las soluciones propuestas y definir los procedimientos de evaluación (anteriores y posteriores) que permitan monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para el fin perseguido y si los resultados están dentro de lo esperado.

Según Carlos Matus⁵³, la planificación es el cálculo que precede y preside la acción, no sólo anticipa para prever las acciones sino también las gobiernas, adecuándolas a los obstáculos y circunstancias cambiantes, pero sin perder de vista el objetivo.

Si no planificamos no tenemos manera de saber si estamos yendo o no en la dirección correcta. Sin planificación, las actividades que realicemos pasan a ser una colección de acciones independientes.

2.3.1. Planificación en salud según el nivel o la extensión (según Mintzberg)⁵⁴

La planificación puede definirse inicialmente por la extensión de su proceso.

- El nivel más alto, corresponde a la *Misión* del organismo. La misión indica una dirección hacia la que hay que dirigirse, pero que no es realizable necesariamente. En la acción, éste nivel de preocupación se traduce en una *política* que traza grandes orientaciones hacia dónde dirigirse. Se califica esta planificación de *normativa o política*, esta clase de planificación se encuentra en niveles de un organismo público, como un gobierno o sus ministerios.
- En el segundo nivel se encuentran los fines, que representan un mayor grado de especificación que la misión, en éste nivel se plantean determinadas alternativas, como ¿qué vamos a hacer?, frente a lo ideal, está lo posible; se deciden las prioridades de acción. Es la planificación de las decisiones importantes que tendrán consecuencias a largo plazo, se trata de la *planificación estratégica*. Representa un *plan* de acción concreto para realizar los objetivos, teniendo en cuenta los elementos internos y externos de la organización afectada. La planificación estratégica esta asociada a una organización como los hospitales, centros de atención primaria, etc.
- El tercer nivel de planificación concierne a los objetivos generales y a los específicos. Las alternativas ya decididas en relación a las estrategias a seguir. Se trata ahora de estructurar y programar actividades y los recursos para alcanzar los objetivos fijados. este proceso corresponde a la *planificación táctica o estructural* se trata de la organización y la incorporación de las actividades y los recursos. El producto de esta etapa es el *programa*

⁵³ MATUS, C. (1992): *Planeamiento y programación en salud. Un enfoque estratégico*. Sao Pablo. Editora Abrasco. Pág. 199

⁵⁴ MINTZBERG, H. (1978): *Patterns in Strategy Formation, Management Science*, New York (Vol. 24 N° 9) McGraw Hill. Pág 934- 948

- El *proyecto*, tiene una extensión más restringida que el programa, es en general y frecuentemente, objeto de una cierta experimentación y de una evaluación rigurosa. El proyecto y el programa no son independientes entre sí. El proyecto que supera con éxito la prueba experimentación y evaluación se integra en un programa existente
- Por último hay que fijar objetivos operacionales, sobre el plan concreto de la operatividad y la puesta en marcha del programa. Este es objeto de la *planificación operativa*, en éste punto las decisiones son a corto plazo y conciernen al desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución, la gestión de recursos.

La distinción entre los diferentes niveles de planificación no tiene nada de absoluto y dogmático. Lo importante, son los distintos objetivos que en cada nivel se persigue. Los distintos niveles de objetivos constituyen, una red organizada, un sistema integrado de planificación en el que los elementos son interdependientes. La ausencia o la deficiencia de uno de los niveles debilita todo el sistema en forma directa, por ejemplo la falta de planificación estratégica a nivel nacional o regional crean un vacío, los cambios interorganizacionales no pueden coordinarse y los organismos y establecimientos de salud no pueden coordinarse se comportan como empresas privadas (ANEXO I – cuadro N° 1).

2.3.2. Las etapas del proceso de planificación por programas (siguiendo el pensamiento de Mintzberg)

El programa constituye, una prolongación operacional del plan. El método de planificación por programa en el campo de la salud es cada vez más utilizado. Está estrechamente asociado a la salud comunitaria.

La planificación por programas toma como punto de partida los problemas de salud de una población de la que un determinado organismo es responsable en el aspecto sanitario. En este sentido, la planificación por programas es un método de salud comunitaria. Los problemas de salud se definen en términos de indicadores epidemiológicos, pero también en términos de indicadores que pueden reflejar la percepción que la propia población tiene de sí misma sobre su estado de salud actual y la deseada. En estas etapas preliminares a la verdadera planificación del programa, no referimos a la terminología presentada anteriormente, estas etapas apuntan a la planificación normativa y estratégica, en la medida en que incluyen la determinación de unos fines.

La planificación del programa empieza realmente en la determinación de los objetivos, y se prolonga principalmente en la estructuración de las actividades y los recursos. Consiste en un proceso de planificación táctica o estructural. La puesta en marcha del programa corresponde a la planificación operacional.

La última etapa del proceso general de la planificación es la evaluación. Este proceso forma parte integrante del proceso de planificación en la medida en que efectúa el repaso sobre las diferentes etapas de la planificación y que va a cuestionar sucesivamente la pertinencia de los objetivos.

La planificación de la salud no se realiza, en la práctica, de manera tan sistemática, lógica y ordenada. El planificador puede tener que iniciar su proceso en cualquier etapa del proceso de planificación, en particular en el caso de un problema urgente que debe ser solucionado rápidamente. Del mismo modo, el análisis de lo que se debe hacer, es decir, en vista a los objetivos a conseguir, las actividades a poner en práctica y los recursos a movilizar, debe hacerse a menudo paralelamente con el análisis de la situación actual.

2.4. Programas de salud

Podemos definir el programa de salud de la siguiente forma: “Un Programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de una población. De ésta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.”⁵⁵.

Según, Mintzberg, H. (1978-32). “Un programa de salud está constituido por un conjunto de recursos reunidos y aplicados para proporcionar a una población definida unos servicios organizados de forma coherente en el tiempo y en el espacio en vista a conseguir los objetivos determinados en relación a un problema de salud determinado”⁵⁶.

⁵⁵ Definición de programa de salud- *Qué es, significado y concepto*, disponible en world wide web: < <http://definición.de/programa-de-salud/>”. Consultado el 17 de noviembre de 2010.

⁵⁶ MINTZBERG, H. Op. Cit.

Un programa es el documento que describe, en forma ordenada en tiempo y espacio, todas las actividades que se desarrollaran en procura del logro del propósito.

Generalmente un programa de salud consta de diversas partes. En principio, plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de la evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad.

Después del diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir. Por tanto el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

A partir de la formulación del plan, se inicia el proceso de programación sanitaria. La programación es el instrumento para operativizar y concretar los planes que dividen las políticas, destinado al uso racional de los recursos disponibles y al ordenamiento de las actividades a realizar para el logro de los propósitos y objetivos establecidos.

2.4.1. Elementos en la formulación de un programa de salud (siguiendo el pensamiento Kestelman)⁵⁷

Existen algunos elementos básicos en la formulación de cualquier programa, independiente del carácter que tenga. Partiendo del reconocimiento del programa, corresponde un proceso participativo del desarrollo de mejores condiciones de salud de la población, por lo que es necesario definir y determinar cada uno de los elementos que se indican a continuación:

- Establecimiento de objetivos.
- Población objetivo
- Identificación de actividades necesarias para conseguir los objetivos
- Determinación de los recursos necesarios para la realización de las actividades

⁵⁷ KESTELMAN, Narciso: *Herramientas para planificación y programación local*. Op. Cit

- Plazos
- Responsables
- Evaluación.

Establecimiento de objetivos

La planificación del programa empieza realmente en la determinación de objetivos y se prolonga principalmente en la estructuración de actividades y los recursos. Consiste en un proceso de planificación táctica o estructural. La puesta en marcha del programa corresponde a la planificación operacional.

Los objetivos dan cuenta del fin o del resultado que se espera alcanzar con la acción programada. Los objetivos correctamente formulados deben apuntar, a la solución del problema priorizado, expresando con exactitud las transformaciones que se pretenden lograr sobre las situaciones existentes. Una deficiencia frecuente en la formulación de objetivos está relacionada con el carácter excesivamente amplio o vago con que se plantea, dificultando su función como orientadores del proceso concreto y la evaluación posterior. Para producir cambios que se requiere alcanzar, es necesario diseñar las operaciones del plan, actuando sobre los nudos críticos, es en éste momento donde se definen los responsables de cada operación, de su seguimiento y el presupuesto necesario para llevarlo a cabo.

La planificación por programas aparece como un método racional y lógico de concebir y realizar las actividades y los servicios movilizand de forma organizada los recursos apropiados. Conduce al planificador a una cierta coherencia entre los objetivos propuestos, las acciones a tomar y los recursos a movilizar. Obliga también a considerar las acciones de salud sin poner como frontera los campos de la jurisdicción administrativa de los diferentes organismos afectados por éstas acciones, favorece un método global y sistemático para analizar los problemas de salud.

Una de las ventajas de éste método es que se aplica tanto en el campo “preventivo” como “curativo”. Su aplicación en el campo de la salud pública y de la prevención es la más conocida. y se reconoce que en el campo de los cuidados curativos es más complejo.

Los objetivos deben ser:

Claros: redactados con sencillez en términos precisos y comprensibles. Cualquier persona que lea el programa, debe poder hacerse una idea exacta del cambio que se desea lograr

Alcanzables: deben expresar cambios y procesos posibles de realizar. Para elaborar objetivos alcanzables es fundamental tener en cuenta los recursos y el tiempo que se dispone, analizando los factores externos que pueden obstaculizar su logro.

Observables: Significa que la modificación de la situación que se expresa en el objetivo presenta ciertas características (indicadores).

Medibles: Los cambios obtenidos no sólo pueden ser observados, sino también medidos de manera objetiva (cuantitativamente o cualitativamente).

Población objetivo

Es el conjunto de personas al que se destina la política, los beneficiarios directos. Teniendo en cuenta el problema y sus causas en la población, pueden identificarse diferentes grupos de población objetivo con factores y niveles de riesgo diferentes.

Las actividades

Para producir los cambios que se requiere para alcanzar la situación-objetivo, es necesario diseñar las operaciones y acciones del plan, actuando sobre los nudos críticos. Se definen los responsables de cada operación de su seguimiento y el presupuesto necesario.

Para ordenar el programa de trabajo de actividades pueden ser agrupados por líneas de acción determinadas por los diversos ámbitos en que se desarrollaran las tareas (ej. tareas de capacitación, organización, comunicación u otras) o por etapas definidas por objetivos específicos a alcanzar en distintos períodos durante la implementación del programa (ej. primera etapa: consolidación de un equipo intersectorial; segunda etapa: diagnóstico participativo de la situación de la salud).

Las actividades deben tener una coherencia inmediata con los objetivos establecidos, es decir, deben analizarse si con los resultados de ejecución se logra avanzar hacia los objetivos. Esta coherencia debe ser evaluada permanentemente durante el período en el que se lleva a cabo el programa.

El método, es un elemento importante del programa y está muy relacionado con las actividades. En él se describe la forma en que se realizarán las actividades por lo que es primordial describir con claridad el método que se usará. (ej.: metodología de taller, capacitación a partir de la experiencia).

Los recursos

Los recursos incluyen todos los elementos requeridos para llevar a cabo cada una de las actividades del programa. Los recursos pueden ser materiales; humanos y financieros.

Al programar deben identificarse todos los recursos necesarios para la realización de las actividades del programa, no sólo de aquellas actividades directamente relacionadas con el logro de los objetivos, sino también de las tareas de apoyo que permitan la implementación y desarrollo del programa (administración y gestión, difusión del programa, transporte, etc.).

Una vez especificado los recursos necesarios, deben ser cuantificados expresándolos en su valor monetario (costo). El cálculo anticipado de los costos totales constituye el presupuesto requerido por el programa, que habitualmente se anexa al documento de la programación. Al hacer el presupuesto es conveniente identificar las diversas fuentes de financiamiento con que se cuenta o a las que se puede acceder.

Los plazos

Considerando la duración total del programa, debe definirse el tiempo de desarrollo y término para la realización de cada actividad o conjunto de tareas.

Las actividades son agrupadas por etapas orientadas a la consecución sucesiva de objetivos específicos del programa. En éste caso se hace necesario fijar plazos a las diversas etapas, detallando las actividades que comprende, con sus respectivos tiempos.

Los responsables

Son las personas, equipos de trabajo, grupos, instituciones u organizaciones que estarán a cargo de coordinar, realizar y rendir cuentas de cada una de las actividades comprometidas en el programa de trabajo.

La claridad con que se definan y acoten las responsabilidades de los diferentes participantes en el momento de la programación, permitirá prevenir conflictos posteriores.

Evaluación

Desde el momento en que se programa el trabajo debe plantearse claramente cómo se medirán los logros y qué aspectos tendrán importancia en la revisión y análisis del proceso que se ha llevado a cabo. Es importante destacar que la evaluación especialmente cuando se refiere a un proceso participativo, no es una simple medición de la cantidad de productos o tareas efectuadas. La evaluación se hace en diferentes momentos para analizar la acción conjunta (ej. cómo se percibe el trabajo realizado, qué posibilidades de aprendizaje y crecimiento ofrece a las personas y al grupo del equipo ejecutor y cómo aporta el logro de los objetivos del programa del proyecto)

Es importante definir la evaluación al hacer programa (ej. criterios de evaluación, cuantitativas, cualitativas) cómo, es decir las técnicas o instrumentos, indicadores de evaluación; en qué momento y quiénes participaran en las diferentes evaluaciones. Es importante determinar éstos elementos de evaluación al momento de programar, porque permite orientar con mayor precisión el programa hacia el logro de los objetivos desde el inicio.

2.4.2. Momento en la elaboración del programa (siguiendo el pensamiento de Mintzberg)⁵⁸

Primero: el *momento normativo*, es el momento de elaboración del programa de intervención local. A partir de la caracterización del perfil epidemiológico de la población, de los

⁵⁸ MINTZBERG, H. Op. Cit

grupos de riesgos, de la cuantía, organización y capacidad resolutive de los recursos disponibles y mediante la administración del conocimiento, debe buscarse la solución más apropiada para cada situación de salud. Esta tarea deberá ser el resultado de un trabajo participativo de análisis y discusión de normas y estrategias por parte del equipo de salud y la organización de servicios de la jurisdicción que se trate, por lo que podemos definir las normas como “un conjunto de pautas explícitas que reglan las actividades del equipo de salud, quienes deben participar activamente en la elaboración y actualización.

Cuando se tiene conocimiento suficiente sobre la realidad y se quiere modificar sobre la situación de salud que existe, se realiza un plan de trabajo de actividades programadas orientadas a solucionar y a dar soluciones a los problemas diagnosticados. Consiste en imaginar y ordenar los diferentes pasos de una acción futura, para llegar a una nueva situación que se busca alcanzar a través de un conjunto ordenado de actividades. Es decir que se trata de conseguir una solución a los problemas de salud de la comunidad, con determinados recursos y dentro de un plazo determinado

Segundo: en el *momento estratégico*, se da gran importancia al análisis sobre la posición y potencialidades que ofrecen los diversos actores sociales involucrados en la solución del problema, identificando quiénes son (grupos e instituciones presentes), su posible motivación frente al plan (positiva o negativa, de colaboración, de resistencia) y la capacidad con que cuentan para la acción. Luego se determina la trayectoria u orden en que deben realizarse las operaciones que se han definido.

En el momento estratégico se realiza un análisis de viabilidad y se diseña una estrategia para construirle viabilidad al proyecto. El análisis de viabilidad incluye tres aspectos: Viabilidad Institucional (obstáculos culturales, organizacionales, exigencias organizativas y capacidades actuales), Viabilidad política (capacidad de acción, efectos políticos y sociales de la propuesta) Viabilidad económica (Recursos disponibles, posibilidad de aumentar los recursos y consecuencias económicas de la propuesta)

Tercero: en el momento *Táctico Operacional*: Corresponde a la ejecución y a la evaluación del programa. Los momentos anteriores, explicativos, normativos y estratégicos, constituyen

análisis, diseños y simulaciones que no perturban la situación real. En los momentos previos se ha razonado, se ha pensado, se han hecho cálculos, pero no se han producido hechos u operaciones que incidan en el cambio situacional. Pero llegado el momento, en todo el análisis acumulado deberá convertirse en una acción concreta, en un operador de cambio. La única utilidad de todos los momentos anteriores está en el momento decisivo de llevar a cabo la acción planificada, poniendo en práctica las estrategias elegidas para obtener los resultados que se esperan.

- Gerencia de las operaciones: sistema que permite la descentralización de las actividades y facilita una mayor participación. Aquí es donde se determina una dirección y los responsables de cada uno de los objetivos del proyecto, lo que facilita el trabajo de acuerdo a las funciones.
- Control y análisis de la Gestión: se realiza durante el desarrollo del proyecto y luego de su finalización, para llevarla cabo se utilizan los mecanismos e instrumentos de información que permita el monitoreo, la supervisión y la evaluación
- Ejecución del Programa: ejecutar es hacer, se pone en marcha el programa de trabajo elaborado, en este momento es necesario contar con los recursos necesarios, para lo cual en muchas ocasiones se debe esperar la obtención del financiamiento antes de comenzar a ejecutar el programa, con el fin de prevenir los problemas que se puedan originar para disminuir los fracasos en algunos momentos es necesario revisar la planificación para adecuar a los recursos existentes. Esta etapa de ejecución se realiza de manera conjunta con los diferentes actores sociales y suele ser un momento que genera dificultades debido a las relaciones de los participantes, para disminuir estas amenazas se implementa mecanismos de coordinación y consulta en la toma de decisiones para que todos los actores se sienta suficientemente representados.

Para complementar la ejecución del programa es necesario definir, identificar y especificar el sistema de salud en el cual se desarrollará el programa, a continuación se define, el propósito, los actores, los roles, principios y los subsistemas que componen al sistema de salud.

2.5. ¿Qué es un sistema de salud?

El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica.

En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en la misma. Sin embargo, en el uso cotidiano se acostumbra a usar la expresión sistema de salud para hacer referencia al sistema de atención médica.

Un sistema de salud es por lo tanto, un modelo organizativo. Esta forma de organización que busca responder a los problemas de salud de la población involucra diferentes alternativas de financiamiento. Cada forma de organización y financiamiento, a su vez depende de quienes son los beneficiarios a quienes el sistema da respuesta, a quienes da cobertura.

Finalmente, la provisión de los servicios es independiente de quienes son los usuarios y quienes los financiadores.

2.5.1. Sistemas de salud en Argentina

“Ningún país tiene un modelo puro, único, pero en algunos se observa una gran hegemonía de una forma de organización y financiación de salud que caracteriza al modelo. Cuando no existe una hegemonía neta la identificación de los modelos es más difícil”⁵⁹.

En algunos países de América, y particularmente en el caso de la Argentina, la mezcla es casi total.

Principios rectores del sistema de salud (siguiendo el pensamiento de Tobar, Federico)⁶⁰:

Solidaridad: Implica que todos contribuyan al sistema según sus posibilidades, de modo que cada persona pueda recibir atención cuando los necesite. La solidaridad se establece desde los sanos hacia los enfermos y de los que pueden pagar hacia los que no pueden pagar. Puesto que todos

⁵⁹ TOBAR, Federico; GONZALEZ GARCÍA. Op Cit.

⁶⁰ TOBAR, Federico (1998): *El marco económico social de la desregulación. Medicina y sociedad*, Buenos Aires Ediciones GranicaS.A. Pág. 25.

podemos llegar a enfermar en algún momento de nuestras vidas, la solidaridad es esencialmente justa, pues implica que la totalidad de los usuarios del sistema se beneficien eventualmente de ella.

Pluralidad: Implica que la población ejerza su libertad de elección entre varias opciones que conforman un sistema plural, donde se combinen lo mejor de los sistemas público y privado. El pluralismo puede implicar diversas cosas, por un lado el sistema puede ofrecer la libre elección entre prestadores primarios o implicar la opción por diversos sistemas de seguro o prestatarias.

Eficiencia: Tiene dos componentes, la eficiencia técnica, hacer a menos costo. La eficiencia asignativa, hacer lo más útil. Es evidente que la eficiencia es una necesidad total de la administración cuando los recursos son escasos.

Calidad: El principio de la calidad implica que los servicios generen el máximo mejoramiento posible de los niveles de salud, satisfaciendo las expectativas de sus usuarios por una atención buena, oportuna y continua. Si se descuida la calidad, el sistema de salud puede no alcanzar los resultados esperados con el estado de salud de la población. Por más que aumenten los recursos, no solo se pretende calidad en los procedimientos, sino también en los resultados finales.

Propósitos del sistema de salud

Universalidad: Ningún modelo de atención de salud se propone dejar afuera a nadie, y aún cuando algún sector queda excluido, siempre se declara formalmente la intención de incluir o incorporar a todos.

Aumento de la vida saludable: En la actualidad todos los países, salvo los países más atrasados, están tratando de aumentar la calidad de vida antes que la cantidad de vida, proponiéndose al mismo tiempo extender la esperanza de vida al nacer y el lapso de la vida saludable.

El aumento de la calidad de vida saludable de un pueblo, está directamente relacionada con la vida segura, confortable y culturalmente satisfactoria.

Aumentar la calidad y la cantidad de vida constituye la misión de todo sistema de salud.

Un sistema de salud no es bueno por lo que gasta ni por quién gasta el dinero, sino por los resultados de salud que genera por cada peso invertido.

Equidad: Como valor absoluto, la equidad no sólo es difícil de definir sino también concretar.

Ningún sistema pretende la equidad en términos absolutos, ni siquiera los contruidos sobre bases socialistas, pero todos aspiran a disminuir lo más posible las inequidades. Disminuir las inequidades significa que independientemente de donde y como hayamos nacido, de nuestra biología y ocupación, todos los argentinos alcanzamos niveles de cantidad y calidad de vida homogéneos y aceptables.

Satisfacción: Otra cuestión que se plantea, vinculada a la calidad, es la desconfianza e insatisfacción crecientes respecto de los sistemas de salud.

En la última década ha surgido una variedad de medicinas alternativas. Este revela una crisis de satisfacción y también pone de manifiesto las dudas sobre la calidad de la medicina convencional, que solía ser avanzada del conocimiento científico y se había consagrado como casi única en la mayoría de los países occidentales.

2.5.2. Actores y roles dentro de un sistema de salud (según Tobar, Federico)⁶¹

Actores de un sistema de salud

Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones en los que establecen flujos de servicios de salud y de recursos (financieros, físicos y humanos).

La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas. Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos.

Cada sistema de salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población. Se pueden listar tres órdenes de elementos que caracterizan dichas acciones (Frenk, 1997: 361)⁶².

- Ni los proveedores ni los miembros de la población actúan de forma aislada; antes bien, pertenecen a diversas organizaciones que determinan esas acciones recíprocas.

⁶¹ TOBAR, Federico (1995): *Herramientas para el análisis del sector de salud*. Buenos Aires Ediciones Granica S.A. Pág.99.

⁶² FRENK, Julio (1997): *Las dimensiones de la reforma del sistema de salud*, México: Editorial diana- Fundación Luis Donaldo Colosio Páginas 361- 382.

- Ni los proveedores ni la población constituyen categorías homogéneas. Se pueden identificar diferentes status y categorías dentro de los proveedores y de los usuarios que involucran intereses específicos y formas de actuación acordes a ellos.
- La relación entre los proveedores y la población no es directa sino que está mediada por actores colectivos, desde los sindicatos y cámaras hasta el Estado.

Identificación de los roles que desempeñan los actores

En principio la población asume dos roles: 1) de usuarios o beneficiarios del sistema y 2) el de contribuyentes para su financiación.

Los proveedores de diferentes categorías y niveles de atención pueden ser personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones) y pueden asumir responsabilidades diferenciadas. Los proveedores son remunerados por los servicios brindados a la población. Cada modelo de remuneración involucra conductas diferentes. En algunos casos el proveedor es responsable por el servicio y en otros por el usuario. Es decir, que los diferentes modelos de pago a los proveedores constituyen diferentes formas de compartir los riesgos que involucra mantener la salud de la población. Se puede postular que los roles de los proveedores estarán determinados por los niveles de riesgo que estos asuman en la protección de la salud de la población.

La intermediación puede ser en la compra o financiación de los servicios, lo cual significa que hay una relación de agencia, es decir que un tercer pagador que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestaron a la población (usuarios). Por otro lado, la intermediación también puede consistir en la regulación que se refiere a establecer límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos. Las funciones de regulación están concentradas por parte de las cámaras o asociaciones que congregan a los prestadores.

2.5.3. Subsistemas del sistema de salud en la Argentina (se sigue el pensamiento de Federico Tobar)

Argentina es un país federal, la salud es responsabilidad de cada provincia, responsabilidad que no fue nunca delegada a la nación. En éste marco, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación tiene funciones principalmente normativas y reguladoras. En el área de la salud sexual y

reproductiva cumple un rol no solo normativo, sino también de provisión de insumos: medicamentos y kits de diagnóstico para VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, equipos y elementos para atención de las personas, material de capacitación y difusión.

Subsector público: posee la mayor capacidad instalada del país, dependiendo de sus establecimientos de Jurisdicción Nacional, Provincial o Municipal. Presta servicios a la totalidad de la población que los demanda sin exclusión, y cubre financieramente a la población no asegurada. El porcentaje de población no cubierta con obra social o plan médico varía ampliamente según jurisdicciones.

Es necesario aclarar que desde hace décadas, pero aún más desde el 90, el subsector público es el que debe hacerse cargo de las necesidades de la población. En esta situación los/las trabajadores de la salud se ven sobrecargados por demandas que no pueden responder adecuadamente generando gran malestar en su desempeño cotidiano y fricciones institucionales (huelgas, paros, trabajos a reglamentos, etc.)

Subsector de la seguridad social: comprende las Obras Sociales Nacionales y el PAMI, creadas por Leyes nacionales específicas; las Obras Sociales Provinciales, correspondientes a las 24 jurisdicciones, con marcos jurídicos heterogéneos, y Obras Sociales, como son las Fuerzas Armadas o la Policía. En conjunto brindan cobertura financiera a alrededor de 20 millones de personas.

Los recursos de estas entidades provienen de aportes y contribuciones sobre salario y actúan predominantemente como financiadores, contratando servicios médicos privados. Difieren fuertemente entre sí en cuanto a número de afiliados, niveles medio de ingresos y porcentaje que dedican a gastos administrativos, lo que determina grandes diferencias en la disponibilidad de recursos y en los gastos per-cápita respectivos.

El subsector privado: bajo la denominación global de empresas de medicina prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales. Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). Las cámaras agrupan a alrededor de 70 firmas

de un total estimado de 150 con ubicación en Capital Federal y Conurbano y 46 empresas radicadas en el interior. Cabe aclarar que la afiliación se concentra fundamentalmente en la Capital Federal y, en menor medida, en el Gran Buenos Aires, existiendo algunas importantes entidades en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (doble afiliación).

Luego de haber expresado una visión general acerca de las políticas y herramientas de las que dispone un gobierno para implementar diversos lineamientos que le permiten planificar para llegar a la población a través de herramientas específicas, en el capítulo III se analizará la implementación de una política focalizada, como es el programa provincial de salud sexual y reproductiva en la provincia de Mendoza.

CAPITULO III

PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA PROVINCIA DE MENDOZA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶³ y UNICEF, coinciden en señalar que es imprescindible una política estratégica para disminuir la mortalidad materna y la mortalidad infantil teniendo en cuenta que el aborto provocado es la principal causa de muerte, según estadísticas oficiales en el país y en la provincia. Se estima que por cada diez muertes por aborto, de diez a quince mujeres padecen secuelas severas que comprometen su fecundidad futura y su salud en general, por lo que se considera necesario realizar acciones tendientes a prevenir embarazos no deseados, que terminan con frecuencia en niños maltratados o abandonados o en abortos inducidos por lo que es indispensable la implementación del programa de salud reproductiva.

3.1 Antecedentes sobre los derechos sexuales y reproductivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como salud reproductiva “Un estado completo bienestar físico, mental y social, en todas las cuestiones relacionadas al sistema reproductivo, sus funciones y procesos”. En consonancia con ello, los servicios de salud reproductiva son definidos como “la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar integral, a través de la prevención y solución de los problemas de salud reproductiva”⁶⁴

La expresión derechos sexuales y reproductivos supone una integralidad que excede el concepto de salud reproductiva. Alude a un conjunto de derechos que cada ser humano debería gozar a lo largo de su vida, y que definen en cada momento histórico-cultural.

⁶³ Decreto N° 2010/98, sobre la implementación del *Programa de Salud Reproductiva en la Provincia de Mendoza*.

⁶⁴ Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas, definición distribuida en la Tercera Reunión Preparatoria para El Cairo 94. Nueva York, abril de 1994.

En otras palabras, los derechos sexuales y reproductivos suponen un conjunto de prerrogativas inescindibles del conjunto de los derechos humanos, como el derecho a la vida y a la supervivencia, a la libertad y a la seguridad, a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, a beneficiarse del progreso científico, a no ser discriminado y al respeto por la diferencia, a recibir y transmitir información, a la libertad de pensamiento, conciencia/religión y a la privacidad. Y específicamente a unirse y fundar una familia o a no hacerlo, a decidir si se quiere o no tener hijos y, en caso afirmativo, la cantidad y espaciamiento entre ellos, y al nivel más alto de salud posible, de calidad, y que atienda específicamente las necesidades de las mujeres y de los jóvenes de ambos sexos (se sigue el pensamiento de Barbieri, Teresa)⁶⁵.

Según la Asociación Mundial de Sexología. La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer ternura, amor. y la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherente a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho básico.

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales.

⁶⁵ DE BARBIERI, Teresa (1999): "Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido" Mujer y Salud. Santiago de Chile, N° 40, Pág. 89.

Derechos sexuales y reproductivos (según Maoño, Cristina)⁶⁶

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos? Son un conjunto de derechos que se refieren a la sexualidad y capacidad reproductiva de mujeres y hombres. Son parte integrante de los derechos humanos, lo que se entienden como universales e indivisibles, al mismo tiempo que son dinámicos y constituyen una potencial herramienta para promover la justicia social y la dignidad de las personas.

Se definen como derechos, libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, sin discriminación y que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones sobre sexualidad y la reproducción.

La maternidad debería ser siempre un privilegio y no una fatalidad y para esto es necesario que las mujeres aprendan a conocer y ejercer sus derechos en el campo de la sexualidad y de la reproducción.

Estos derechos son, dentro del marco de los Derechos Humanos, relativamente recientes puesto que es sólo durante la Conferencia Mundial sobre Población y desarrollo de El Cairo 1994 que se formulan y se consagran por primera vez. En 1995, la plataforma de acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer en Beijing reitera estos derechos, los cuales, en síntesis, se refieren a las mujeres a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva.

Estos derechos implican así un ejercicio de la autonomía en las decisiones acerca de la sexualidad, libre de coerción, discriminación y violencia. Establecen también la igualdad entre las mujeres y hombres en los asuntos relacionados con las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo el absoluto respecto a la integridad de la persona, el respeto mutuo, el consentimiento y la distribución de las responsabilidades sobre el comportamiento sexual y sus consecuencias.

⁶⁶ MAOÑO, Cristina; VAZQUEZ, Norma (1996) *Derechos Sexuales y Reproductivos* Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo Universidad del País Vasco (en línea). Disponible en world Wide web: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66>. Consultado el 9 de diciembre de 2010.

Concretamente los derechos sexuales y reproductivos se refieren a una maternidad segura, a la detección del cáncer cérvico-uterino, a la problemática de violencia familiar y sexual, a la reducción del embarazo adolescente y a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH/SIDA. Pero sobre todo, hay que recordar que las mujeres tienen una historia distinta a la de los hombres y que el cuerpo de la fémina, capaz de generar vida, fue durante demasiados siglos un cuerpo apropiado para el deseo del otro, maltratado y violentado, muy pocas veces amado y respetado. Hoy, gracias a estos derechos, todas las mujeres deben saber que su cuerpo les pertenece, que ellas tienen el derecho a la palabra, a la autonomía, a la información y a una libre decisión, deben saber también que tienen derecho al goce, al placer, a ser libre en la intimidad y a controlar su fecundidad, tienen que saber que estos derechos les otorgan la posibilidad de exigir un método de protección de un embarazo o de una enfermedad de transmisión sexual, tienen derecho a cuidar su salud reproductiva y exigir atención médica.

Todo lo expuesto es fácil de enunciar, pero ciertamente difícil de practicar. Estos derechos, más allá de una buena información y divulgación, significan además un enorme trabajo sobre la cultura. Una cultura patriarcal que otorgaba, y otorga, aún, múltiples privilegios y poderes a los hombres en relación con la sexualidad. Es un trabajo relativo a la construcción de nuevas identidades tanto masculinas como femeninas.

Es necesario seguir empoderando a las mujeres para que no sigan dando a luz, niños y niñas no deseadas; es comprometer a los hombres en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva de sus compañeras, es convencer a las adolescentes que el amor no los protege de una infección de transmisión sexual. Amar y dar la vida no puede seguir siendo sinónimo de dolor y desgracias. El amor vivido en un contexto de derechos y respeto, cura todo.

Previo a realizar un análisis del marco legal sobre los derechos sexuales y reproductivos se definirá los siguientes conceptos (se sigue el pensamiento de Shallat,L)⁶⁷:

Derechos Reproductivos: son aquellos derechos que 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

⁶⁷ SHALLAT, L. (1993): *Derecho de la vida*, Mujer Salud, N° 33, Santiago de Chile. Pág.93.

medios para ellos y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Salud Reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social, control del niño sano, salud de la mujer, problemas de fertilidad, problemas de cáncer cérvico-uterino y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Salud Sexual: Es parte de la salud reproductiva y comprende un estado general de bienestar físico, mental, social, cultural y psicológico, que permite el ejercicio de la sexualidad, generando experiencias y conocimientos que permitan el desarrollo de la vida y de las relaciones personales en igualdad de oportunidades, derechos y responsabilidades.

Planificación Familiar: Es el conjunto de acciones que permiten a las parejas y a las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces.

3.2. Marco legal nacional e internacional

Los textos legales en los que se encuentra consagrado el derecho a la salud en nuestro país de los nueve tratados internacionales de derechos humanos, fueron incorporados a la Constitución Nacional, en el artículo 75 inciso 22⁶⁸. Cada uno de los derechos contenidos en ellos tiene ahora rango constitucional y puede ser exigido por cualquier ciudadano o ciudadana sin distinción alguna por motivos étnicos-raciales, religiosos, de edad, sexo, capacidad, o cualquier otro.

Por lo tanto el derecho a la salud en nuestro país tiene rango constitucional. Para reclamar su disfrute se cuenta con los recursos constitucionales, además de los consagrados en las leyes y códigos nacionales y normativas sanitarias, que debe incluir las últimas leyes dictadas en las provincias sobre salud sexual y reproductiva.

⁶⁸ CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA ARGENTINA: Art. 75. Inc. 22. Reforma de 1994.

La primera formulación de los derechos reproductivos se hizo en la Conferencia sobre Derechos Humanos (Teherán 1968), que estableció que constituye un derecho de las parejas decidir el número de hijos y su espaciamiento. En la conferencia sobre población de Bucarest (1974) se reconoció, además del derecho anterior, el rol del Estado en asegurar esos derechos, incluyendo la información y acceso a los métodos de control de fecundidad.

La Declaración de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer (México 1975) reconoció el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a las diferentes opciones sexuales y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad opcional.

La Convención Nacional de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) incluyó el derecho a la igualdad entre las mujeres y los hombres en las decisiones reproductivas y a la responsabilidad compartida que implican los hijos e hijas. En la Argentina tiene rango constitucional desde la reforma de 1994.

La Convención de Derechos del Niño (1989), por su parte contiene una serie de principios relevantes para los derechos sexuales y reproductivos: como el principio a la no discriminación derechos de la infancia y la adolescencia, El derecho a la educación, derecho al ejercicio de la sexualidad con relación a la dignidad de todas las personas, derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo.

Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993) que definió a los derechos sexuales y reproductivos como “parte inalienable, integrante e indivisible de los Derechos humanos universales”

La conferencia internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) avanzó en la definición de los derechos reproductivos, ceñidos al concepto de salud reproductiva e incluye en ella la capacidad de disfrutar tanto una vida sexual satisfactoria como de procrear.

En la Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Beijing (1995), se ratificó todo lo adoptado en El Cairo. Posteriormente, en las Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Gran parte de los textos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos aprobados en la

Conferencia sobre Población y Desarrollo se incorporaron directamente en los documentos de la Conferencia de Beijing sugiriendo además, que “los gobiernos aseguran la igualdad y la no discriminación, en la ley y en la práctica, adoptando medidas para proteger esos derechos”

Cada día es más evidente la necesidad de que los acuerdos firmados en las Conferencias Internacionales de Viena, El Cairo y Beijing estén presentes en el proceso de vigilancia sobre el cumplimiento de los tratado relativos a derechos humanos, de modo que los gobiernos puedan ser jurídicamente responsables de las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos. Como un paso en éste reconocimiento, en 1995 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), organización voluntaria que trabaja por la planificación familiar, aprobó una carta de derechos sexuales y reproductivos en la que éstos son formulados a partir de doce derechos reconocidos en los instrumentos legales internacionales sobre derechos humanos, y que constituye una herramienta para el análisis y la vigilancia de las violaciones a tales derechos, aunque nos es jurídicamente vinculante.

Según los Consensos de Santiago, 1997; de Lima, 2000 y México, 2004 estimaron pertinente “revisar e implementar una legislación que garantice el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva”⁶⁹.

3.2.1. Leyes/programas provinciales de salud sexual y reproductiva

Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados, permiten que, en el marco democrático, se enfoque la problemática de la salud sexual y reproductiva y se promuevan los derechos sexuales y reproductivos de la población. Es así que en todo el país, bajo el impulso del movimiento de mujeres, en alianza con otros movimientos sociales, y sectores parlamentarios y gubernamentales se promulgaron leyes provinciales hasta culminar en el año 2002, con la ley nacional de salud sexual y procreación responsable (ley N° 25.673)

⁶⁹ JELIN, E. (1999): *Antecedentes sobre los derechos sexuales y reproductivos*. (en línea). Disponible en world wide web: <<http://www.injuv.gob.cl/saludyautocuidado/sexualidad2.html>. Fecha de captura (09/12/2010)

Debido al carácter federal del país, la salud es responsabilidad de cada provincia, tienen la potestad de sancionar legislaciones propias en materia de salud, incluida la sexual y reproductiva. Algunas provincias han sancionado leyes al respecto, y otras cuentan con programas u ordenanzas municipales en algunas de sus ciudades. En este marco el Ministerio de Salud de la Nación tiene funciones principalmente normativas y reguladoras. En el área de salud reproductiva, cumple un rol no sólo normativo, sino también de provisión de insumos: medicamentos, kits de diagnóstico para VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, equipos y elementos para atención de las personas, material de capacitación y difusión⁷⁰.

Lo expresado precedentemente está reconocido y autorizado por leyes nacionales, como la ley de SIDA N° 23.798 y la ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673, promulgada en octubre de 2002, ofrece un marco nacional promoviendo que aquellas provincias que aún no cuentan con leyes provinciales puedan adherirse a la ley nacional. A continuación reseñamos brevemente las distintas leyes provinciales siguiendo un orden cronológico desde su promulgación. (ANEXO II - cuadro N° 2)

3.2.2. Programa nacional de salud sexual y procreación responsable ley 25.673⁷¹

Desde el retorno de la democracia, en 1983, existieron múltiples iniciativas para sancionar la ley de Salud Sexual y Reproductiva. Las condiciones políticas, las presiones de sectores conservadores y de las jerarquías de la iglesia católica pusieron muchos obstáculos para impedir que las mismas prosperaran plasmándose en una ley. Finalmente como resultado de la acción de los distintos actores involucrados, movimiento de mujeres, organizaciones no gubernamentales, la sociedad en su conjunto, y la gestión del Ministerio de Salud de la Nación logró en octubre de 2002 la sanción de la ley 25.673, que crea el Programa Nacional de la Salud Sexual y Procreación responsable.

Este instrumento legal significa un adelanto efectivo en la consecución del respeto a los Derechos Humanos de las personas en materia de salud. Su importancia reside en enfatizar la prevención de la salud sexual y reproductiva a través de provisión gratuita y universal de los

⁷⁰ DE BARBIERI, T. Op. Cit.

⁷¹ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.(2002) Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Ley 25.673 (Buenos Aires 2002)

métodos anticonceptivos, el acceso a la información, la detección precoz, de las enfermedades genito-mamarias, el reconocimiento del derecho de las mujeres a tomar decisiones para proteger su salud sexual y autónoma sobre la regulación de su fecundidad, así como la calidad y cobertura de la salud sexual y reproductiva, que revertirá en mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva de las mujeres varones y adolescentes.

La ley a la vez es la expresión del creciente protagonismo de las mujeres en defensa de sus derechos en general y de los sexuales y reproductivos en particular. La presente ley es un importante instrumento jurídico en defensa de los derechos de las personas, por lo que deben concretarse en acciones y estrategias efectivas. En el caso de la presente ley es indispensable comprometer a distintos actores, desde los protagonistas, destinatarias/os y los jóvenes hasta el conjunto de prestadores del sistema de salud y toda la población.

El programa está orientado a dar respuestas a varios de los problemas de la salud reproductiva de mujeres y varones, entre ellos, disminuir los índices de mortalidad materna a consecuencia de los abortos realizados en la clandestinidad y con personas no idóneas, el embarazo adolescente que culmina en maternidades tempranas o en abortos, la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias así como el contagio de VIH/SIDA u otras infecciones de transmisión sexual a causa de relaciones sin protección, entre otros.

Reconocer el Derecho a la Salud comprende la salud sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones, y a partir de la información y asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener.

Por esta razón, se promueve la consejería en salud reproductiva y procreación responsable en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a una elección informada en materia de procreación responsable.

Los destinatarios del programa son mujeres y varones de todas las edades considerando la perspectiva del género que tiene un peso decisivo a la hora de desarrollar estrategias en salud y derechos sexuales y reproductivos. En éste sentido.

Alcances del programa de salud sexual y procreación responsable.

- “La implementación del programa nacional abarca: La entrega de insumos a las provincias para su distribución gratuita en los centros de atención primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los usuarios/os, con asesoramiento o consejería especializada. Los insumos de salud sexual y reproductiva que distribuye el programa son preservativos, anticonceptivos, hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados, y anticonceptivos hormonales de emergencia; dispositivos intrauterinos (DIU) y cajas de instrumental para su colocación.
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales, para la implementación de programas locales en todas las provincias
- Capacitación a los equipos de salud mediante articulación con el programa de médicos comunitarios.
- Producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión relacionados con el tema.
- Actividades de comunicación social y campañas.
- Articulación de actividades con áreas y programas de la secretaría de programas sanitarios: Programa nacional de lucha contra el SIDA y ETS, Plan Nacer, Dirección de Maternidad e Infancia, Programa de médicos Comunitarios, Dirección Nacional de la Juventud y el Programa Familiar de Desarrollo Social y Organizaciones no Gubernamentales: científicas, de desarrollo comunitario, académicas.

Metas que formuló el programa nacional de salud sexual y reproductiva son:

- Lograr que todas las jurisdicciones provinciales implementen un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación.
- Reducir la tasa de mortalidad materna en todas las jurisdicciones.
- Reducir en un 20% el número de hospitalizaciones por aborto a 5 años de iniciado el programa de SS y PR provincial con respecto a los valores del año 2000/01.

- Disminuir la tasa de fecundidad adolescente en un 10% en 5 años de implementación del programa.
-

Financiación.

El programa se financia con una combinación de fondos provenientes del presupuesto nacional y de organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Internacional de Desarrollo y otros.

Recursos humanos del programa

Los recursos humanos del programa, son provistos por las provincias y municipios a través del personal profesional, técnico, administrativo y de maestranza de los servicios públicos de salud. En la mayoría de los casos es insuficiente para cubrir la atención a todos los efectores. Si bien estas prestaciones en algunas situaciones ya se brindaban, eran llevadas a cabo según criterios personales y/o locales, de manera no integral y sin cumplir con el espíritu de la ley. Por lo tanto la capacitación específica es un requisito básico para cumplir con los objetivos de esta ley. Aunque exista personal capacitado, no lo está para el conjunto de las prestaciones que incluye el programa. Existen además aspectos claves que no estaban incluidos como: los derechos sexuales y reproductivos; la sexualidad y la vinculación de áreas de atención entre sí: con el VIH/SIDA y la planificación familiar, el control de cáncer genito mamario y otros.

3.2.3. Monitoreo del programa nacional de salud sexual y reproductiva (según CONDeRS)⁷².

Se entiende por monitoreo social como una actividad ciudadana destinada a vigilar al Estado en sus distintos niveles: nacional, provincial, municipal, local. Así, las políticas en general; las leyes programas, servicios, presupuestos, etc., deben ser objeto de una vigilancia política en el sentido amplio que detecte en qué medida son adecuadas para satisfacer las necesidades de la población. Para ello se requiere acceso transparente a la información, diagnósticos, capacidad de incidencia, planes de trabajo, etc.

⁷² CONDeRS Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales con la cooperación de la UNFP- Fondo de Población de las Naciones Unidas (en líneas). Disponible en worl Wide Web: www.conders.or.ar E- mail: conders@conders.org.ar. Consultado 10 de diciembre de 2010.

El Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos Sexuales CoNDeRS tiene como propósito el monitoreo social de la aplicación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Argentina; ésta actividad se viene llevando a cabo desde el año 2003. Las acciones de exigibilidad constituye una parte sustancial del monitoreo. El objetivo prioritario es el informe sobre actualización de los Derechos Sexuales y Reproductivos a nivel Nacional.

Según (CoNDeRS), en su documento sobre exigibilidad de Derechos Sexuales y Reproductivos “El principio de exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos reivindica la posibilidad de disponer de instrumentos, mecanismos y procedimientos de protección de derechos reconocidos en tratados internacionales, constituciones y leyes, de modo que, ante cualquier amenaza de los mismos la ciudadanía puede reclamar que el Estado garantice su cumplimiento efectivo de acuerdo con los compromisos asumidos”,⁷³ las vías frecuentes para exigir los derechos son: administrativa, judicial y política las herramientas formales e informales a ser aplicadas en cada situación. Son los caminos a través de los cuales es posible incidir en la toma de decisiones, en el destino y la elaboración del presupuesto, en la planificación de las políticas públicas. Los tres tienen como precondition necesaria el acceso a la información como derecho inalienable desde un enfoque de ciudadanía. Es desde allí que pueden constituirse sujetos capaces de exigir al Estado el cumplimiento de sus obligaciones.

Monitoreo y diagnóstico nacional

Es una actividad que ejercen personas e instituciones para vigilar el correcto cumplimiento de programas y políticas públicas. Controla que sus objetivos y actividades garanticen el respeto de los derechos y necesidades de ciudadanos y ciudadanas.

Para CoNDeRS monitoreo social implica la construcción y aplicación colectiva de herramientas y mecanismos para vigilar la atención de la salud sexual y reproductiva con un enfoque integral y preventivo a través de la sociedad civil. Debe ser ejercido por toda la sociedad civil en todo momento, y especialmente por las/os usuarios de los servicios

⁷³ CONDeRS Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales con la cooperación de la UNFP Fondo de Población de las Naciones Unidas *Monitoreo social sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina* (en línea). Disponible en world wide: [webhttp://www.conders.org.ar/pdf/CondersExigibilidad2 .pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/CondersExigibilidad2.pdf). Consultado (15 /12/2010)

Se promueve su realización a través de la articulación de organizaciones no gubernamentales o grupos de mujeres, derechos humanos, jóvenes y otros que se vinculan con organismos gubernamentales responsables de la atención de la salud sexual y reproductiva, generando Informes provinciales sobre la salud sexual y reproductiva de todo el país.

3.2.3.1. Distribución de mujeres entre 10 a 49 años sexualmente activas según tipo de método anticonceptivo usado por edad en el país- año 2009 - Argentina

En el año 2009 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, sobre una muestra representativa de la población femenina de 10 a 49 años residentes en hogares ubicados en localidades de 5.000 y más habitantes, es decir del 84 por ciento de la población del país. La encuesta incluye una sección sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva de las mujeres; la información sobre anticoncepción allí recogida permite algunas conclusiones interesantes y se basa en el análisis que sigue.

El 93 por ciento de las mujeres argentinas sexualmente iniciadas usaron alguna vez métodos anticonceptivos (MAC) y poco más del 78 por ciento de estas iniciaron el uso antes de tener su primer hijo. De las sexualmente activas al momento de la encuesta algo más del 78 por ciento estaban utilizando un MAC. Se trata evidentemente de una población que usa en alta proporción métodos anticonceptivos, pero se desconoce la frecuencia, consistencia y efectividad de su uso.

El uso de MAC es más frecuente en las regiones Pampeana y Patagónica, mientras que el NOA presenta el porcentaje menor de usuarias. Si se considera el total del país, el preservativo es el método más usado; le siguen la píldora y, finalmente, el dispositivo intrauterino (DIU), pero la combinación de métodos varía por regiones. El preservativo representa más de la mitad de los casos en el Gran Buenos Aires, pero poco más o menos de un tercio en las demás regiones. En el NEA y en la región Pampeana el preservativo y la píldora tienen la misma frecuencia de uso, pero el DIU se utiliza más en la Patagonia que en todas las demás regiones. Finalmente hay que señalar que la esterilización femenina tiene cierto peso en el NEA, el NOA y la Patagonia y los métodos de abstinencia periódica en Cuyo y el NOA.

El uso de MAC supera el 80 por ciento en todos los grupos de edad, pero la frecuencia de uso de los distintos métodos es muy diferente según la edad (ANEXO IV- gráfico 4). Aunque en todas las edades predomina el preservativo, a medida que se avanza en la edad este pierde importancia a favor de la píldora y, en segundo lugar, del DIU. En el grupo de 40 a 49 años casi una quinta parte de las mujeres refiere estar esterilizada, pero esta cifra puede incluir a aquellas que han llegado a la menopausia.

La alta frecuencia de uso de anticonceptivos se mantiene entre todas las mujeres independientemente del nivel de educación que hayan alcanzado, aunque se observa que a mayor nivel de educación mayor es el porcentaje de usuarias. El preservativo es siempre el método más usado, pero entre las mujeres de menor nivel educativo su presencia es bastante menor igualando prácticamente a la de la píldora. Es interesante observar que, salvo en el nivel educativo más bajo, en todos los demás la frecuencia de los distintos MAC es similar.

Aunque se advierte una relación directa entre la situación económica del hogar y el porcentaje de uso de MAC, las diferencias no son de las más importantes. Tampoco lo son las que se refieren al porcentaje que usa cada uno de ellas. (ANEXO IV- gráfico)

Reflexiones del resultado del monitoreo año 2009 por (CONDeRS)

Como resultado del monitoreo 2009, podemos afirmar que la atención en salud sexual y reproductiva tiene falencias derivadas de una situación de fragmentación y heterogeneidad del sistema de salud público, que el mismo Ministerio de Salud de la Nación reconoce. Por falta de una política activa en contrario, persiste el abordaje basado en un modelo médico-hegemónico que privilegia la patología y el nivel individual antes que una visión colectiva y preventiva de la salud contrariando lo establecido por las leyes, normativas y documentos vigentes. Así la indicación/entregas de MAC se transforma en un “acto médico”, se indican estudios innecesarios o requisitos indebidos para recibir algunos MAC, se obstaculiza la anticoncepción quirúrgica para mujeres jóvenes o sin hijos, se invisibiliza la vasectomía, todo según convicciones personales o ideológicas de los médicos/as tratantes.

En otras palabras, los programas encargados de la atención de la salud sexual y reproductiva de Argentina que es el dispositivo estatal para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, en particular de la mujeres y niñas, ponen en práctica los estereotipos culturales de sexo-género que predominan todavía en nuestra sociedad.

Esto se combina con la fragmentación del sistema, y la escasez o ausencia de pautas integrales y coherentes que orienten la prestación de los servicios, hecho reconocido por las mismas autoridades. En el COFESA ACTA 4/2009 (octubre 2009) se afirma “Se detectó que el principal obstáculo radicaba en la articulación a nivel nacional de las lógicas tan diferentes de cada provincia de ésta manera, se intentó trabajar provincia por provincia, en la identificación de problemas, de causas y de líneas de acción, pensando en todos los programas que dispone el Ministerio, buscando un marco lógico que sirva a todas las provincias según la identificación de problemas.

3.3. Situación actual de la salud sexual y reproductiva en el mundo, Argentina y Mendoza a través de los indicadores (según el Dr. Sebastián, Mario)⁷⁴.

Situación del aborto en el mundo, por el Dr. Mario Sebastián, médico, presidente electo de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia, nos brinda algunos datos y cifras sobre la salud materna y el aborto.

Salud materna: magnitud del problema

- 180 – 200 millones de embarazos anualmente
- 75 millones de embarazos no deseados
- 50 millones de abortos inducidos
- 20 millones de abortos realizados en condiciones de riesgo
- 600.000 muertes maternas (1 por minuto)

Mortalidad materna: una tragedia global

- Anualmente, 585.000 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo
- El 99% en el mundo en desarrollo.
- El 1% en países desarrollados.

Monitoreo de la mortalidad materna: cada minuto...

⁷⁴ SEBASTIAN, Mario (2010) “Salud sexual y reproductiva, en el mundo Argentina y Mendoza”. *Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia*. Buenos Aires N° 48 Pág.20-21

- 380 mujeres quedan embarazadas
- 190 mujeres se enfrentan a un embarazo no planificado no deseado
- 110 mujeres experimentan una complicación relacionada con el embarazo.
- 40 mujeres tienen un aborto realizado en condiciones de riesgo
- 1 mujer muere por complicaciones relacionada con el embarazo.

Aborto: problemática en la Argentina

Siendo el aborto provocado clandestino sólo puede estimarse la cifra de 500.000 abortos por año.

Escenografía

- Mujeres rurales: 73% auto aborto o persona no calificada
- Mujeres rurales de escasos recursos: 57% iguales condiciones.
- 1 de cada 3 abortos clandestinos debe ser hospitalizado.
- Mujeres urbanas con recursos: 90% médico o personal debidamente calificado.

Consecuencias

- Los abortos son la primera causa de mortalidad materna (35,9%)
- En el Noreste (88,9%) y en el Noroeste (84,7%)
- Colombia (36%)
- Chile (36%)

El observatorio de salud sexual y reproductiva de la Argentina es un espacio que reúne y analiza información sobre la salud sexual y reproductiva en nuestro país selecciona documentos para los equipos de salud, los gestores y los tomadores de decisiones, y difunde opiniones de expertos en relación a los principales problemas de este campo. El relevamiento realizado en el año 2008 con grupos de expertos argentinos reveló que:

- “1 mujer muere por día en nuestro país por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio.
- Entre 80 y 100 mujeres por año mueren por aborto en Argentina, siendo uno de los tres países de América Latina, junto con Jamaica y Trinidad y Tobago, donde ésta es la primera causa de muerte materna.

- Más de la mitad de las provincias argentinas tienen razones de mortalidad materna que superan la razón de la mortalidad materna nacional (4.0). Las provincias con más altos índices son las del NOA y NEA, entre las que se destacan: Formosa (11,%), Jujuy (10,0) y Chaco (8,2)
- La mayoría de las causas de las muertes maternas son evitables.
- Las muertes maternas son una violación de los derechos humanos de las mujeres y denuncia la inequidad social ya que afecta a las mujeres pobres, de bajo nivel educativo, y con dificultades de acceso a los servicios de salud.
- La única forma de revertir este escenario es mediante una responsabilidad compartida: los funcionarios a través del diseño e implementación de políticas de salud, una mayor asignación de recursos profesionales y económicos y una actualización del marco legal en relación al aborto; el Ministerio de Salud de la Nación en su rol de rectoría, coordinación y auditoria y fiscalización de los trabajadores de la salud en todo el país, y las sociedades científicas y universidades colaborando con los organismos de gobierno para el desarrollo de investigaciones operativas para reorientar estas políticas y programas. Finalmente, son los medios de comunicación quienes podrán, a través de la difusión constante, contribuir a generar una mayor conciencia y alerta social sobre el tema gracias al material obtenido de los mecanismos de control y denuncias provistas por las organizaciones de la sociedad civil⁷⁵.

Según Aller Atucha y Pailles⁷⁶, La población Argentina ha mostrado su voluntad de construir familias poco numerosas. La tasa de natalidad y el crecimiento poblacional se ubican históricamente entre los más bajos de América Latina. Estos son los datos que permiten la implementación y prevalencia del programa de planificación familiar con una cobertura amplia desde el Estado, ya que el uso de anticonceptivos se encuentra significativamente también entre las más bajas de América Latina.

Un embarazo no planeado y no deseado termina con frecuencia en un niño maltratado o abandonado, o en un aborto inducido. Según trabajos recientes en la Argentina se practican más de

⁷⁵Asociación Médica Argentina de Anticoncepción -Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Argentina (2010). (en línea) Disponible en worl Wide web: <http://www.amada.org.ar>. Consultado el 08 de febrero de 2011

⁷⁶ ALLER ATUCHA y PAILLES, Jorge. (1996) "La práctica del aborto en Argentina". Buenos Aires N° 14 Pág.56.

500.000 mil abortos por año. Nos lleva a confirmar que el aborto es utilizado como el último recurso frente a un embarazo no deseado.

3.3.1. SIDA Indicador del programa de salud sexual y reproductiva

El sida apareció y conmovió a la humanidad. Entonces, muchos científicos pensaron que se enfrentaban a una enfermedad provocada por un nuevo agente infeccioso. Hubo, incluso, quienes se dijeron que se trataba de un virus maquinado por la CIA o la KGB, sin embargo, los orígenes del sida son muy diferentes.

La epidemia no es del todo reciente, ya que los primeros casos notificados en África y Europa datan de 1959, en Norteamérica de 1968. Fue en junio de 1981 cuando el Centro para el Control de Enfermedades de los EE.UU. publicó el primer reporte sobre un tipo raro de neumonía en 5 hombres homosexuales en los Ángeles, debido a un trastorno de inmunidad y un agente infeccioso sexualmente transmisible.

Formas de transmisión

El individuo infectado, el portador del virus, puede transmitirlo a otro ser humano, sola y únicamente a través de las secreciones sexuales y sanguíneas. Las tres formas son:

- Transmisión sexual: a través del intercambio de semen y secreciones vaginales, durante todo tipo de relación sexual con una persona infectada por VIH/SIDA. Una sola relación sin preservativo basta para contagiarse.
- Transmisión sanguínea: cuando la sangre de un infectado por VIH/SIDA se pone en contacto con la sangre de otra persona. Al compartir agujas, jeringas o en transfusiones de sangre sin el debido control.
- Transmisión de madre e hijo: mujeres infectadas pueden transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, en el momento del parto o durante la lactancia.

Situación en Mendoza

La pandemia en Mendoza hizo su aparición en 1984, cuando se detectó el primer caso. A partir de esa fecha, el incremento fue progresivo. Desde el Programa Provincial de Sida, dirigido por el Dr. Victor Bittar, informaron que en Mendoza hay 1.898 personas diagnosticadas con

VIH/SIDA; 1260 son infectados y 638 enfermos. Se aclara que el primer caso el sujeto vive con el virus pero no tiene ninguna enfermedad marcadora.

“En el año 2008, se han registrado 28 casos nuevos. En la actualidad, lo que se busca es que, a través de una buena adherencia al tratamiento, una persona no pase de estar infectado a enfermo, es decir, que tenga una mejor calidad de vida” argumentó el Dr. Bittar⁷⁷.

En la Argentina, según los datos de la Dirección Nacional de Sida, hay 135 mil personas que viven con VIH/SIDA; total, 67.245 viven con el virus y los otros 35.572 tienen la enfermedad.

Estadísticas sobre del VIH/SID (según información de la página infosalud cde Mendoza)⁷⁸

Las últimas estadísticas de la epidemia mundial del SIDA Y VIH fueron publicadas por ONUSIDA/OMS en 2010 se refieren al final de 2009.

- Personas que viven con VIH/SIDA en 2009 33,3 millones.
- Adultos que viven con VIH/SIDA en 2009 30,8 millones.
- Mujeres que viven con VIH/SIDA en 2009 15,9 millones.
- Niños que viven con VIH/SIDA en 2009 2,5 millones.
- Muertes por SIDA en 2009 en 1,8 millones

Más de 25 millones de personas murieron de SIDA desde 1981.

África tiene 14.8 millones de huérfanos a causa de SIDA.

En países en vías de desarrollo y en transición, 14,6 millones de personas tienen necesidad inmediata de medicamentos para el SIDA para salvar sus vidas; de éstos, sólo el 36% lo están recibiendo.

⁷⁷ BITTAR, Víctor Hugo (2010) Situación actual del VIH/ SIDA en Mendoza. Programa Provincial de SIDA. Mendoza.

⁷⁸ SIDA en Mendoza Ministerio de Salud Gobierno de Mendoza. Disponible en world wide web:<<http://www.infosalud.mendoza.gov.ar/>. Fecha de captura 10/02/2011.

3.3.2. Cáncer de mama y cérvico-uterino. Indicador del PPSS

El cáncer de cuello de útero en la mujer es una enfermedad que se desarrolla en un largo tiempo, durante el cual es totalmente asintomática, y es durante éste periodo en que tenemos que hacer prevención, detectarla lo más precozmente posible, en sus estadios iniciales, y realizar el tratamiento adecuado, lo cual conduce a la curación.

La medicina preventiva ha cambiado el curso de la enfermedad en los últimos años, inculcando en la mente de la mujer la realización de controles ginecológicos anuales. Pero todavía hay mujeres que no comprenden la importancia del tema. Cuanto más temprana sea su detección, mayor será el porcentaje de curación total.

Entre los 30 y 55 años, se observa un pico de incidencia (detección) donde las lesiones son de tipo de la “displasia”, porque probablemente muchas de estas mujeres estuvieron expuestas al VPH (Virus de Papiloma Humano). La displasia es la transformación del epitelio del cuello uterino que puede ser el comienzo de un cáncer de cuello uterino. Es considerada como premaligna (se llama neoplasia intraepitelial). En mujeres mayores de 60 años se encuentra otro pico de incidencia, y en este período lo más frecuente es encontrar tumores invasores, donde la posibilidad de curación es menor.

En 1950, se implementó el papanicalau como método de detección precoz, las estadísticas muestran que el número de tumores (carcinoma in situ) detectados en su fase inicial han aumentado progresivamente, y la mortalidad ha disminuido en una forma muy significativa. De modo que, detectado en su tamaño inicial, el cáncer de cuello de útero es curable en la mayor parte de los casos.

3.3.2.1. Cáncer de cuello de útero en el mundo y Argentina

Revelan que en el mundo, el cáncer cervical es el segundo más común en mujeres entre 15 y 45 años y la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, luego del cáncer de mama y pulmón.

- Mortalidad en el mundo por cáncer de cuello y útero es de 281.000 mujeres por año.
- Cada año se diagnóstica 500.000 casos de cáncer de cuello uterino.

- En los países desarrollados ocurre el 80% de los casos y las tres cuartas parte de las muertes.
- Para la Argentina, se estima una incidencia de aproximadamente de 23,2 casos/100.000 mujeres, 4.924 casos en números absolutos por año.
- La tasa de mortalidad reportada en la Argentina es de 7,8 casos/100.000, 1679 casos en números absolutos por año

El Dr. Diego Habich⁷⁹, especialista en Ginecología oncólogo y oncólogo clínico del Hospital Alemán y miembro de la (FASGO) federación Argentina de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, destacó la importancia de la inclusión de una vacuna contra el VPH, como parte de las estrategias de prevención del cáncer de cuello de útero. La vacunación como prevención primaria, sumada a la prevención secundaria, y por supuesto la educación de la población, podría ser el camino que logre la disminución del cáncer de cuello de útero en las generaciones futuras.

El rol primario de la vacunación es proteger a las mujeres contra el cáncer del cuello de útero. La vacuna debe conferir protección a largo plazo e inducir una fuerte respuesta protectora del sistema inmune en contra de los tipos más comunes de VPH causantes del cáncer.⁸⁰

3.3.2.2. Situación del cáncer de cuello de útero en Mendoza.

Según el Dr. Gustavo Tanús, Jefe del programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Útero y Mama en Mendoza, “desde que se puso en vigencia la ley año 1991 hasta el 2010 la mortalidad por causas de cáncer de cuello uterino, no han aumentado ni tampoco ha disminuido, se ha mantenido un promedio anual de 40 casos anuales de (C53 –cáncer maligno del cuello de útero) y un promedio de 34 casos anuales (C55. – tumor maligno del útero, parte no específico)”⁸¹.

⁷⁹ HABICH, Diego (2010) *La Vacuna Contra el VPH como Parte de la Estrategia de Prevención del Cáncer de Cuello de Útero*. Federación argentina de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia. Buenos Aires Revista Anuario de la Maternidad. Pág.54.

⁸⁰ Cáncer de cuello de útero. Fundación Argentina para el Desarrollo de la Medicina Preventiva y Familiar.(en línea) Disponible en world wide web: <http://www.fundaprev.org./Biblioteca/Cáncer_de_cuello_de_útero.htm. Consultado 14 de febrero de 2011.

⁸¹ TANÚS, Gustavo. (2011) Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Útero y Mama en Mendoza. Entrevista el 14 de Febrero de 2011

También afirma que realiza en forma conjunta con el PPSSyR campañas de control, prevención y concejería, todos los jueves en las áreas periféricas de los departamentos de la provincia, de acuerdo a un programa ya establecido para todo el año.

Las causas por las que no se avanza con el control y prevención son dos, una es que los profesionales no trabajan las horas establecidas por ley y en los convenios colectivos de trabajo, se atienden 20 usuarias por día y la capacidad en tiempo y recursos es para atender el doble, pero así funciona el sistema, la segunda causa es que las mujeres mendocinas son muy despreocupadas, de los turnos otorgados siempre faltan de 8 a 10, se preocupan por la consulta con el profesional cuando hay síntomas o problemas”, afirma el Dr. Tanús.

Según los registros otorgados por el Departamento de Bioestadística de la provincia de Mendoza, la incidencia de registro de tumores, es quinquenal 2003 -2007. Se obtuvo los siguientes datos:

- Numero de casos de cáncer de mama es de: 737 casos por año (promedio 2003-2007)
- Numero de casos de cáncer de cuello de útero es de: 130 casos por año (promedio 2003-2007)
- Mortalidad por cáncer de mama: 238 por año (2008)
- Mortalidad por cáncer de cuello de útero por año 34 (2008).

En el diario Los Andes de la provincia de Mendoza, de fecha 15/02/2011, se publica que “a fin de año estará la vacuna gratis destinada a prevenir el cáncer de útero. En la entrevista al Dr Gustavo Tanús, afirmó que en el segundo semestre del 2011, comenzará la campaña de vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) se recomienda a las mujeres que no se hayan iniciado sexualmente, y destacó que si bien se considera una buena noticia la inclusión de la vacuna en el plan oficial, no hay que descuidar los chequeos periódicos ni la educación sexual. La vedette en la prevención del cáncer de cuello de útero sigue siendo el papanicolaou (PAP)”⁸²

⁸² DE LA ROSA, Ignacio. (2011) “A fin de año estará la vacuna gratis” Los Andes, Mendoza, 15 de febrero de 2011, sociedad, sección. A8

3.4. Antecedentes del programa de salud reproductiva en la provincia de Mendoza

En Mendoza, una investigación realizada bajo el auspicio de UNICEF-Argentina, arrojó una tasa de mortalidad materna de 82 cada 100.000 mil nacidos vivos. El subregistro detectado, tuvo como principales causas las siguientes:

- Defunciones maternas ocurridas en domicilio por aborto.
- Derivaciones de pacientes obstétricas a servicios de cuidados intensivos en los que al producirse la defunción no se consigna el embarazo, parto o puerperio.

El análisis de la mortalidad materna por grupo etáreo mostró que la tasa aumenta con la edad, siendo en el grupo de 40-44 años por mil. También se encontró que la tasa de mortalidad materna disminuye a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre. En analfabetas es de 286 por mil. Y en mujeres con instrucción universitaria incompleta o completa es de 9 por mil (30 veces menor)

Un alto porcentaje de defunciones maternas en domicilio (25%) tuvo como causa principal el aborto. El aborto sigue siendo la mayor causa de mortalidad materna en Mendoza, representando el 33,3% de los casos, cifra que coincide con una revisión realizada por la Cátedra de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Nacional de Cuyo

En los departamentos mendocinos, en los cuales más del 20% de la población vive en hogares con NBI, presenta una tasa de mortalidad materna del 99,9 por mil.

A los efectos de la implementación del programa provincial de salud sexual y reproductiva, atendiendo a algunos de los criterios de riesgo, también es necesario considerar los riesgo anuales en el año **1998** según los datos del Departamento de Bioestadística corresponde a los siguientes datos:

- Nacidos vivos: 31.786
- Egresos hospitalarios por partos (efectores públicos): 18.223
- Partos de mujeres menores de 20 años: 4.874
- Partos de mujeres de 35 ó más años: 4.103
- Egresos hospitalarios por abortos: 3.140 (1997)
- Recién nacidos de bajo peso (en efectores públicos) con menos de 2.500 Gr: 1.496
- Recién nacidos con edad gestacional de 37 semanas o menos (efectores públicos): 1.558.

En éste marco, el programa provincial de salud sexual y reproductiva aspira a que las mujeres y las parejas puedan tener una vida sexual sana, libre de enfermedades, violencia, temor o muerte en lo que se refiere a la procreación y sexualidad. También pretende que puedan manejar su propia fecundidad con eficacia y sin riesgo para su salud.

3.4.1. Antecedentes y marco normativo en la provincia de Mendoza

La historia reciente en nuestro país en lo que hace al marco normativo en salud reproductiva, nos muestra cómo, de una etapa de prohibición absoluta en los efectores estatales (Decreto N° 659/74) se está pasando al reconocimiento explícito de los derechos de la población a decidir sobre sus pautas reproductivas y a la posibilidad de acceder por el Estado y las obras sociales nacionales (Ley 2379 – 1985, sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, incorporada a la Constitución Nacional de 1994; Decreto N° 2274/86 que deroga el decreto prohibitorio del año 1974; Resolución N° 463/88 del Instituto Nacional de Obras Sociales, creando el programa de procreación responsable).

En la provincia de Mendoza, en 1991 se sanciona la Ley 5773 para la prevención del cáncer genito mamario y en 1994, la ley 6124 se crea el Plan Materno Infantil

En octubre de 1996 se sanciona la ley N° 6433, por la que se crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva, reglamentada en el año 1997 (decreto reglamentario y modificado en 1998). Y en diciembre de 1996 se firma en Mendoza el “Compromiso provincial a favor de la madre y el niño para el año 2000”.

Otro paso significativo a nivel provincial han sido también la resolución N° 327/97 que libera el pago de aranceles a la madre y al niño de los establecimientos de salud estatales; y las resoluciones N° 804 y 1908/97 relacionadas con el programa de vigilancia y evaluación de la mortalidad materno infantil. Por Resolución del Ministerio de Desarrollo Social y Salud de la Provincia de Mendoza N° 2492/2000, habilita a los hospitales públicos provinciales a realizar procedimiento quirúrgico de ligadura de trompas de falopio. Análogo sistema, la obra social de empleados públicos (O.S.E.P.) tiene dictada la resolución N° 307 del 12 de junio de 2000, que prevé la práctica condicionada de la ligadura tubaria a las usuarias asociadas a la mencionada obra social.

La citada intervención quirúrgica, si bien consiste en un método que evita embarazos no está equiparada al resto de los métodos anticonceptivos conocidos. La ligadura tubaria debe realizarse previa indicación terapéutica, en casos en que nuevo embarazo implique serio peligro para la salud de la paciente y cuando se detecte que existe un alto grado de probabilidad de producirse, esto teniendo en cuenta el contexto social y psíquico en el cual se llevan a cabo las relaciones sexuales de pacientes, como así mismo cuando provenga de fracaso de anteriores métodos anticonceptivos alternativos o cuando éstos no son aconsejables en determinadas pacientes por sus características socioculturales y psicosociales.

Para ejecutar esta práctica quirúrgica existe a su vez la necesidad de contar con la indicación terapéutica perfectamente determinada; agotar todos los recursos que conserven los órganos reproductores y el consentimiento de la paciente. Acreditándose debidamente los mismos se torna innecesaria la previa autorización judicial en todos estos casos debidamente fundados. Las prácticas quirúrgicas que se ejecuten cumpliendo con las normativas vigentes, deben ser supervisadas por el jefe de servicio correspondiente del hospital en que se realicen

En algunos hospitales y centros de salud de nuestra provincia, así como de la dirección de salud de la municipalidad de Mendoza se han venido desarrollando en los últimos años, acciones educativas y asistenciales en salud. Acciones que si bien carecían de una normativa provincial que sistematizara y les garantizara continuidad y universalidad de la cobertura, son el antecedente inmediato y valioso de este programa de salud reproductiva

La finalidad de la implementación de la ley de salud reproductiva en la provincia de Mendoza, es garantizar a la población el pleno ejercicio del derecho humano básico de decidir, libre y responsablemente, si tener hijos, el número y el espaciamiento entre los mismos, así como la necesaria equidad, accesibilidad y gratuidad en el acceso a la información, a la educación y a los medios que permitan desarrollar una vida sexual sana y una reproducción electiva.

3.4.2. Programa provincial de salud sexual y reproductiva de Mendoza (Ley 6433)

El programa provincial de salud reproductiva es producto de la iniciativa de algunos legisladores y funcionarios de turno que convocaron un debate público sobre el tema y sancionaron, en 1996 la ley 6433 que dio lugar a su creación.

Entra en funcionamiento en el año 1998, y desde ese momento ha habido nuevas resoluciones para ampliar las prestaciones, incorporando la ligadura tubaria y anticoncepción de emergencia y en éste momento adherido a la ley nacional.

El programa ha conocido, desde su formación, una continuidad institucional notable en lo relativo a la posibilidad de implementar políticas públicas de conocimiento y garantía de derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, los cambios políticos suscitados en la provincia, han modificado esta situación. Por lo que consideramos necesario realizar un análisis que pueda dar cuenta del direccionamiento que actualmente tienen las políticas implementadas por el programa.

El programa provincial de Salud Reproductiva cuyos objetivos generales son: “posibilitar a toda la población el acceso a la información y a los servicios que le permitan la toma de decisión, responsable y voluntaria, sobre sus pautas reproductivas, respetando la ética y las convicciones personales; proteger la vida desde el momento de la concepción y promover el desarrollo integral de la familia.

La presente ley encuentra su sustento jurídico en el artículo 16, inc. e) de la ley nacional N° 23.179 y en el derecho humano básico de toda persona a mantener y restituir su salud, conceptos ratificados en la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer y la ley 23.849 que ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño, a su vez ratificada por Ley Provincial 5.919, como así las leyes provinciales 6.124 sobre salud materno infantil y sobre niñez y adolescencia.

Los objetivos específicos del Programa Provincial de Salud Reproductiva son:

- Promover la maternidad y la paternidad responsable.
- Disminuir la morbilidad perinatal y materna

- Prevenir embarazos no deseados y/o en situaciones de riesgo.
- Evitar abortos provocados.
- Prevenir a través de la difusión de información, el HIV/SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual y de las patologías del aparato reproductor.
- Promover mejor calidad de vida de padres e hijos”⁸³

3.5. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MENDOZA- SITUACIÓN ACTUAL

La presente investigación se desarrolló a través de entrevistas realizadas a informantes claves, como funcionarios, profesionales del arte de curar, licenciados en obstetricia, enfermería, agentes sanitarios, administrativos y la coordinadora del programa. El período en que se realiza el trabajo de investigación es desde julio de 2010 a febrero 2011, consistió en una tarea de búsqueda, compilación y sistematización de información disponible a la que se accedió, (datos públicos, prensa escrita etc.). Posteriormente, se analiza la situación desde el punto de vista de la oferta para luego confrontarla con la percepción o punto de vista de las usuarias utilizando como instrumento para esto, las encuestas.

El PPSSyR, está ubicado en la zona centro de Gran Mendoza, entre calle Necochea y avenida San Martín de Ciudad, y es la unidad que coordina sus acciones a través de los centros de salud y hospitales de Mendoza, dentro de la jurisdicción de la Dirección de Asistencia Sanitaria y de la Subsecretaría de gestión con el seguimiento y control de la Unidad Coordinadora de Programas.

La estructura de la sede está compuesta por el área asistencial, de capacitación, social, de información y comunicación ya que cada uno de ellos cumple una función diferente en relación con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El programa funciona en el marco de la ley 6433 (1996). El área de gestión está integrado por la Jefa del programa, 5 trabajadoras sociales, 2 psicólogos, 2 gineco-obstetras, 1 médico de familia, 2 licenciada en obstetricia, 1 licenciada en nutrición y 1 administrativa. Se suma recurso humano a través de los convenios de pasantías institucionales (rentadas) para estudiantes de la

⁸³ Ley 6433 “Programa Provincial de Salud Reproductiva” Ministerio de Desarrollo Social y Salud Provincia de Mendoza aprobada el 22 de octubre de 1996.

carrera de trabajo social y dos pasantes informáticos de la Universidad Tecnológica, Facultad Regional Mendoza. (ANEXO V- organigrama).

Es perceptible la falta de recurso humano, como el operativo para la carga permanente de datos y especialistas en informática que le permitiría al Programa optimizar sus bases de datos. Al no haber renovación, ni nuevos convenios, y tampoco incorporar personal informático por otra vía, se ve afectado el sistema de registros de anticoncepción quirúrgica, el que presenta inconvenientes al momento de consultar la base de datos. De hecho, para el desarrollo de este informe fue imposible obtener datos actualizados por causa de tales deficiencias técnicas.

Entra en funcionamiento en el año 1998, y desde ese momento ha habido nuevas resoluciones para ampliar las prestaciones, incorporando la ligadura tubaria y anticoncepción de emergencia y en éste momento adherido a la ley nacional.

La situación actual del país y la provincia respecto de los derechos sexuales y reproductivos, los cambios de gestión de gobierno, el proceso inflacionario, el aumento de los insumos y el bajo nivel de financiamiento programático, hacen que se torne de suma importancia el análisis del componente asistencial del programa. Porque en éste ámbito es en el que se conjugan todos estos elementos y se verifica con mayor facilidad el impacto de la acción pública en materia de salud sexual y reproductiva.

3.5.1. Ámbito de aplicación del PPSSyR en la provincia de Mendoza

Se ejecuta en la red sanitaria pública de la provincia, compuesta por 320 centros de salud de los cuales (253 dependen del Ministerio de Salud de la provincia; 77 centros son municipales y 8 (CIC) Centro Integral Comunitario); 23 hospitales (14 descentralizados y 9 centralizados) y la Obra Social de Empleados Públicos. Los municipios de la provincia podrán adherirse a través de convenios con el gobierno provincial.

En los centros asistenciales se trabaja sobre la base de la estrategia de atención primaria de la salud, formando equipos interdisciplinarios compuesto por: médicos, trabajadores sociales,

psicólogos, psicopedagogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, agentes sanitarios y administrativos. A los que se los denomina referentes del programa.

3.5.2. Recursos destinados al (PPSSyR) (La información expresada a continuación ha sido facilitada por los responsables del programa)

El presupuesto del sector salud que se asigna al servicio y acciones correspondientes a la atención del programa provincial salud reproductiva (PPSR), está previsto en la ley de presupuesto provincial, los fondos son provenientes del Instituto Provincial de Juegos y Casino y asciende a 400.000 mil pesos (2010- 2011). El sistema de distribución de los fondos es en doce (12) cuotas iguales, y las erogaciones se realizan de acuerdo a los requerimiento previamente planeados por el coordinador del programa.

También dispone de fondos provenientes del Ministerio de Salud de Nación, estos son, insumos que se recepcionan, almacenan y custodian en los depósitos (Subdirección de Abastecimiento), del Ministerio de Salud. El costo de los insumos asciende anualmente a \$1.210.058,80.

3.5.3. El sistema de distribución de insumos

La implementación del programa PPSSyR, comenzó con la distribución de insumos a hospitales y centros de salud en marzo de 1998. Rápidamente en el año 2000 alcanzó una cobertura del 100% de los efectores de la red pública provincial, garantizando durante los 8 años siguientes la continuidad en la distribución de métodos anticonceptivos.

Desde el principio, los insumos que distribuye el programa han sido comprados por cuenta del presupuesto propio, establecido por Ley 6.433 y votado anualmente por el Poder Legislativo Provincial.

A partir del 2003 se comenzaron a recibir insumos enviados desde la Nación, con lo cual cambió el esquema de requerimientos de compras provinciales.

Así, hay insumos que se reciben en cantidades suficientes tales como los AOC 30 (Anticonceptivos Orales Combinados de 30 mg de etinilestradiol). Sin embargo la provincia debe hacer frente a las compras de los MAC que Nación no provee y de cantidades de apoyo de aquellos que envía en volúmenes insuficientes.

El sistema de distribución de insumos del PPSR funciona por reposición y consiste en lo siguiente:

Cada efector registra- en la planilla preimpresa de “reposición de insumos”- los datos personales de las usuarias, el método y la cantidad que se les provee y la fecha de entrega. Los centros de salud o postas, provinciales y municipales, envían estas planillas a la farmacia central del Área Departamental de Salud, o a la farmacia del municipio, donde se compilan y se hacen llegar al Programa. Los hospitales las entregan directamente al Programa.

En el Programa, se realiza el recuento de los insumos entregados y se reponen las cantidades correspondientes a cada área departamental u hospital. Esta distribución se hace efectiva a partir de un remito que ingresa al Departamento de Abastecimiento del Ministerio (depósito central), donde se preparan y se realizan los envíos, siguiendo centrífugamente la vía inversa al de reposición.

Además, a través de los mismos mecanismos se gestionan los registros de distribución y consumo, de acuerdo con los requisitos del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Estos registros, cuyos modelos fueron diseñados y preimpresos por el Programa Provincial de Salud Reproductiva son los siguientes:

- Recetas, que quedan archivadas en el centro sanitario
- Informe mensual de stock, que no sólo registra el consumo del efector sino el movimiento completo de los insumos (existencia inicial, entradas, salidas y saldo).
- Remito: documenta todas las entregas de insumos en cualquier nivel del circuito de distribución.
- Se aclara que por nota enviada al programa, los efectores pueden solicitar: aumentos de stock de preservativos, ya que el programa lleva a cabo una política de desmedicalización

de este insumo, por lo que su entrega no se registra en recetas ni planillas de reposición, e insumos.

3.5.3.1. El stock

En este sistema de reposición surge como importante el stock de nivel central del programa provincial y la necesidad de su seguimiento constante. De la lectura de este flujo de stock pueden analizarse algunos elementos muy significativos de la situación- en pasado presente y futuro- del componente asistencial del PPSR.

- Los insumos anticonceptivos que actualmente se distribuyen desde el Programa Provincial de Salud Reproductiva son los siguientes:
- Anticonceptivos Orales Combinados de 20 mg y 30 mg de etinilestradiol.
- Anticonceptivos Orales de Progestágeno Solo (para la lactancia).
- Anticoncepción de Emergencia en presentación de 2 comprimidos.
- Inyectables Mensuales.
- DIU T-Cu 380 A, tipo Multiload, mini y tipo Saf – t – Coil (para grandes multíparas).
- Preservativos masculinos.
- Diafragmas.

Para realizar un análisis de la situación actual de las existencias del Programa Provincial de Salud Reproductiva conviene comenzar por el siguiente cuadro indicativo del flujo de stock (ANEXO N° VI- movimientos de insumos)

3.5.4. Área de capacitación

Históricamente desde el programa, se dieron estrategias de capacitación que en cuanto al interior de sector salud, apuntan fuertemente a la mejora permanente y a la búsqueda de una calidad de atención respetuosa de los derechos sexuales y reproductivos.

La gestión de éste componente del programa se consolidó como un referente en la provincia, dirigiéndose también hacia otros ámbitos tales como equipos de educación o justicia, entre otros, generando diversas alternativas de formación según características de los destinatarios/as y con criterios de equidad geográfica para todos los departamentos de la provincia.

Los tipos de cursos y sus perfiles se describen a continuación:

- Curso de 1° Nivel “Salud sexual y reproductiva”: duración 44 horas presenciales y 9 horas no presenciales, con examen final escrito. Destinado a profesionales de la salud.
- Curso de 2° Nivel “Género y derechos sexuales y reproductivos, con pasantías en consejería”: duración 44 horas presenciales y 9 no presenciales, con dos exámenes escritos y una pasantía institucional en consejería. Destinado a profesionales de la salud que hayan aprobado el 1° nivel.
- Curso de “Actualización en anticoncepción”: duración 22 horas, con examen final escrito y una pasantía en algún servicio de salud reproductiva (sólo médicos en este último caso). Destinado a médicos y médicos residentes de diferentes especialidades, Lic. en obstetricia, Lic. en enfermería y farmacéuticos.
- También se realizan cursos “breves” con formatos adaptados según los destinatarios, como personal de apoyo pedagógico, docentes de todos los niveles, preceptores y todo el personal de equipos de salud en cada una de las áreas sanitarias y hospitales

Finalmente, el área de capacitación se ha vinculado con el campo educativo del componente IEC (Información, Educación y Comunicación). El programa está organizando talleres para la población final en los CAJ (Centros de Actividades Juveniles de las escuelas), con madres de niños que asisten a jardines maternos, con madres y adolescentes que se hallan bajo el plan familias.

3.5.5. Área Social

El área social está conformada por profesionales de Trabajo social, ya que este perfil se adecua a las tareas de prevención, consejería y seguimiento que predominan en este componente.

La tarea históricamente mas desarrollada desde el área consiste en la detección, derivación y seguimiento de mujeres en situación de riesgo reproductivo. La misma se realiza a través del contacto personalizado de las mujeres internadas por parto o aborto, así como de aquellas que transitan por la internación pediátrica de sus hijos. Dichas mujeres reciben consejería en salud sexual y reproductiva, derivación y acompañamiento a los consultorios de Salud Reproductiva de la institución en la que se encuentran. Además, durante la internación se ofrecen talleres sobre salud sexual y reproductiva.

Desde el área social se coordina intersectorialmente con las áreas departamentales de salud y los municipios para el seguimiento de los casos de riesgo. A partir de octubre de 2006 fue posible realizar dicha tarea destinada a los casos de mayor vulnerabilidad, producto de la incorporación de recurso humano pasante (8 alumnas avanzadas de la carrera de Trabajo Social). Esto permitió el abordaje de casos de adopción, de post aborto, de anticoncepción quirúrgica y otras situaciones que en la red pública se suele dejar de lado por priorizar el seguimiento del riesgo infantil.

Desde el área social también se coordina con el sector justicia, Subsecretaría de Derechos Humanos e Instituciones de salud ante la existencia de casos que así lo requieren por encontrarse vulnerados sus Derechos Sexuales y Reproductivos, o por hallar obstáculos para su cumplimiento.

La incorporación de recurso humano (pasantes) también permitió implementar una estrategia de gestión por proyectos. Así, durante 2007 se determinaron temas a abordar y objetivos a cumplir. Los proyectos se encararon desde el área social y continuación se describen con mayor detalle.

- Contención de mujeres en crisis con la maternidad”.
- Seguimiento de pacientes y sus grupos familiares con patologías crónicas que comprometen su salud sexual y reproductiva”. Primera Etapa: Seguimiento de Pacientes Hemofílicos.
- Seguimiento de trámite de Ligadura Tubaria. Causas de abandono.”
- La consejería en consultorios para adolescentes”
- Talleres de Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito hospitalario”.
- Anticoncepción previa al alta.” Coordinación interinstitucional para garantizar el acceso.
- La sexualidad en la adolescencia. Valores y elecciones.”
- Seguimiento de casos de postaborto
- Articulación del seguimiento del alto riesgo infantil y reproductivo

3.5.6. Área de información, educación y comunicación

El programa ha desarrollado una política comunicación tendiente a la construcción de la ciudadanía, facilitando con información el acceso a servicios e insumos de salud reproductiva, y promoviendo la toma de decisiones libre y autónoma.

La estrategia centrada en el proceso de comunicación participativa y de avance gradual, permitió instalar con impacto positivo en la sociedad mendocina, algunos temas que poco tiempo antes estaban prácticamente ausentes de la opinión y el discurso público.

En las distintas estrategias de comunicación según los públicos destinatarios, se diseñaron y adaptaron diversos materiales, tales como: volantes, plegados, afiches, posavasos, autoadhesivos, señaladotes para libros, preservativos, postales, raspaditas, naipes, pendones, documentos con información para equipos de salud

Recurriendo tanto a elementos de la “Comunicación alternativa” como de la tradicional, entre los años 2000 y 2008, se desarrollaron numerosas campañas. Tres de las más relevantes a nivel de la opinión pública son.

- La distribución de mazos de naipes con mensajes de promoción de la salud en días del estudiante en parques y otros lugares de concentración de adolescentes, con formato de campaña de promoción (jóvenes con remeras identificatorias, pendones y vehículos con audio).
- La última barrera: Campaña informativa sobre anticoncepción de emergencia, de alto impacto por la puesta en escena, la calidad gráfica y el naming, que se instaló espontáneamente como marca.
- Productos: afiches en vía pública, trípticos, posavasos, señaladores para libros, afichetas autoadhesivas. También en este caso se usó el formato de campaña de promoción.
- La abuela Spertta: Esta campaña se inició con afiches en vía pública anunciando la llegada de “los consejos de la abuela Spertta” para el 21 de septiembre de 2004 (estrategia de incógnita).

La abuela Spertta es una señora mayor, que entiende que los tiempos han cambiado y se preocupa por la salud de sus nietas y nietos. Su tono oscila entre la candidez y la picardía, y sus consejos están focalizados en la prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual.

Representada por un actor local de prestigio, el personaje recorrió los parques y otros lugares de concentración de adolescentes en el Gran Mendoza, conducida por un motoquero en una moto “chopera”. Iba acompañada por un grupo numeroso de jóvenes de ambos sexos con remeras identificatorias, acompañados por vehículos con pendones y audio, que distribuían las “raspaditas” con el test de la colocación.

El personaje despertó una fuerte empatía en las y los adolescentes, y ha estado presente en otros espectáculos que convocan público joven. La campaña continuó con la impresión y distribución de las postales de la abuela, con recomendaciones para el uso correcto del preservativo.

La abuela Spertta trascendió fronteras y fue invitada a Chile por las autoridades de salud de la V Región, para participar de acciones de promoción de la salud en la ciudad de Valparaíso.

Actualmente, el programa tiene en etapa de diseño afiches y folletos destinados a población adolescente. Desde la jefatura del programa se refiere que los temas a difundir son: uso del preservativo, necesidad de la consulta preconcepcional y del control ginecológico. Se imprimirían este año con fondos del FES.

Sin embargo, resulta por demás preocupante desde el punto de vista de la Salud Pública y de los Derechos Sexuales y Reproductivos, una nota publicada el 24 de septiembre en diario Los Andes de la Provincia de Mendoza. La nota se titula: Deciden no repartir más preservativos en campañas masiva.

La decisión del actual gobierno de dejar de distribuir preservativos en eventos masivos se argumenta en que ello significa una pérdida.

Mas allá de que como ya se explicó, las distribuciones masivas de preservativos que se realizaron anteriormente desde el programa estuvieron siempre encaradas a través de soportes comunicacionales muy cuidados y dirigidos a objetivos estratégicos (disminución del embarazo no deseado, contagio de infecciones de transmisión sexual, buen uso de preservativo) sorprende la

aparición de funcionarios del Ministerio de Salud de la provincia de que éstas acciones impliquen una pérdida.

3.6. CARACTERÍSTICAS RELEVANTES Y SISTEMATIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Se han monitoreado y entrevistado a funcionarios del Ministerio de Salud, profesionales de la sede del PPSSyR, el Centro de Logística y Distribución de Medicamentos e Insumos Sanitarios- Dirección Provincial de farmacología de la provincia, Centro de Salud N° 16 Villa Nueva, del Área Sanitaria del departamento Guaymallén, Centro de Salud 30 Godoy Cruz, del Área Sanitaria del departamento de Godoy Cruz y Centro de Salud N° 17 Carlos Evans, del Área Sanitaria del departamento de Las Heras.

Por considerarse áreas claves y por estar directamente relacionados con los indicadores del programa provincial de salud sexual y reproductiva, se entrevistó a los profesionales responsables del Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cuello de Útero, hoy, “Casa de la Mujer”, programa de Asistencia Integral de SIDA, Dirección Provincial Materno Infantil y el Instituto Provincial de la Mujer- Ministerio de Desarrollo Humano y Familia, y funcionarios que actualmente se desempeñan en el Ministerio de Salud- casa de gobierno.

3.7. Características del de los servicios de salud analizados

En la provincia de Mendoza, según los datos del último censo del año 2010, emitidos por la Dirección de Estadísticas e Investigación Económica (DEIE), mujeres en edad fértil (desde 10 a 49 años) es de 515.210, siendo el departamento de Guaymallén (144.811 mujeres), Las Heras (103.964 mujeres) y en Godoy Cruz (99.263 mujeres), áreas geográficas con mayor concentración de población, razón por la que se considera un universo representativo como objeto de estudio y análisis para el presente trabajo en la que también se considera la sección de salud reproductiva del hospital “Luís C. Lagomaggiore”, que concentra una mayor cantidad de usuarias/os.

En las Áreas Sanitarias el seguimiento de los efectores se hace solicitando el envío periódico de una planilla de insumos recibidos y entregados. También mantienen con los efectores reuniones periódicas, haciendo sugerencias para superar dificultades y coordinando acciones (por ejemplo,

cuando en un centro de salud no se puede garantizar la colocación del DIU, se establecen canales institucionales de vinculación con el hospital más cercano).

Se han detectado varios casos de vulneración de los derechos de las mujeres, básicamente por colocación del DIU, ligadura tubaria y vasectomía. En estos casos, se habla con el prestador, y si tiene algún problema u objeción de conciencia se recuerda que es responsabilidad del efector conseguir quién lleve adelante el procedimiento. La prioridad es que se ejecuten las necesidades de las usuarias. Hay canales de denuncia para que las mujeres puedan transmitir estas situaciones a las autoridades.

Una vía es a través del seguimiento domiciliario de mujeres con HIV, o que han pasado por una situación de aborto o entrega en adopción (es notable que la entrevistada llama a estas “mujeres en crisis con la maternidad”). En estos seguimientos está garantizado el espacio para que cada una comente cómo fue atendida. La otra vía es la telefónica. Llama mucha gente por consultas, y la mayoría de las denuncias se dan por casos de ligadura tubaria. En estos casos se comunican con el efector, y solicitan a la denunciante que se vuelva a comunicar para informar si ha cambiado la situación.

Hoy están modificando el modo de medir la cobertura del programa. Anteriormente calculaban la población recibiendo insumos, más las mujeres cursando un embarazo y las mujeres que desean un embarazo. Esto daba aproximadamente la mitad de la población femenina en edad fértil. Hoy se mide la población bajo programa en función de los insumos, 25.000 mujeres.

En cuanto a capacitación, se han dictado dos cursos de anticoncepción en situaciones especiales y cursos de segundo nivel en consejería en SSyR. Han participado de estos, médicos, obstetras, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros, aunque no es posible saber en qué proporción en relación al total de personal vinculado al programa. A su vez, el Programa articula con otros organismos del Gobierno, como el Instituto de la Mujer, la Dirección General de Escuelas y la Dirección de Asistencia a Víctimas de Delitos.

Características generales de los servicios de salud analizados. Se han monitoreado tres servicios específicos de atención en SSyR en la provincia: el servicio de gineco-obstetricia del Centro de Salud N° 16 (Villanueva, Guaymallén) y la sección de salud reproductiva del hospital Lagomaggiore. Dentro de este hospital, no se descarta que servicios como tocoginecología o consultorios generales también realicen alguna atención en SSyR, pero en términos generales se concentran en el servicio analizado. En el servicio del hospital atienden a las usuarias 2 tocoginecólogas con orientación en SSyR, 1 enfermera, una secretaria y trabajadoras sociales. No hay datos sobre cuántos profesionales han recibido capacitación del Programa en el período analizado, pero se indica que sí existen estos espacios.

El CAPS(Centro de Atención Primaria Salud) cuenta con: 4 tocoginecólogos, personal de farmacia y enfermería. En el período analizado 1 de los médicos –el entrevistado- recibió de parte del Programa un curso de segundo nivel de consejería y el segundo entrevistado por iniciativa propia esta continuamente capacitándose porque considera que la situación sobre la salud sexual y reproductiva hay mucho por hacer fundamentalmente en las adolescentes.

El servicio del hospital funciona de lunes a viernes a la mañana, y atiende a las pacientes por orden de llegada, a demanda. En los CAP los profesionales atienden de lunes a viernes de 8:00 a 18horas, y los sábados de 8:00 a 12:00 horas. En este caso, se dan turnos programados de un día para el otro, salvo los de control de embarazo que son diferidos.

En el hospital se requiere el pago de una “donación voluntaria”, y se atiende a cualquier persona con o sin DNI, sin necesidad de ninguna otra documentación. En los CAP es totalmente gratuito, y aunque el sistema de registros de pacientes en administración requiere el dato de DNI, el entrevistado señala que ha atendido a pacientes indocumentados. Esta institución atiende alrededor de 48 pacientes por día, de las cuáles entre 15 y 20 realizan consultas de SSyR. Según el entrevistado, entre el 10 y el 15% serían adolescentes. En el servicio del hospital, se atienden alrededor de 30 pacientes por día.

En ambas instituciones las usuarias pueden elegir el/ prestador/a, a menos que no queden turnos disponibles.

Atención en métodos anticonceptivos

La atención en métodos anticonceptivos (MACs) es suficiente y completa. Actualmente, el único anticonceptivo faltante es el Inyectable. Nación no envió este método durante el año 2009. En términos generales, de la entrevista realizada a la Jefa del programa se desprende que los insumos enviados por Nación deben ser complementados por compras provinciales. En los dos establecimientos analizados se entregan todos los métodos previstos en la ley 25.673 (Hormonales, inyectables, AHE, de barrera, ACQ y DIU).

Ninguno de los dos servicios de salud exige estudios previos para la entrega de MACs. Para la colocación del DIU en el hospital se realiza un análisis de subunidad beta, pero esto no es un impedimento. La idea es que la paciente salga de la consejería con el método elegido. En el CAP sólo realizan una evaluación clínica general antes de entregar el MAC.

En ambos establecimientos, el MAC es elegido por la usuaria, después de una conversación con el médico. Se entrega a cada usuaria el MAC seleccionado aunque se soliciten estudios posteriores, salvo que haya cuestiones médicas para la cual ese método específico se encuentre contraindicado.

En el caso de los ACO (Anticonceptivos Orales), la entrega es de tres cajas por vez en el CAP (puede ser más, pero la idea es lograr que las usuarias realicen 4 controles al año para garantizar el funcionamiento del método).

En el caso del hospital se entregan cinco ó seis cajas de anticonceptivos orales, dependiendo de la paciente y la disponibilidad del insumo. En este establecimiento se considera la distancia que la usuaria debe recorrer para llegar al centro y sus posibilidades de viaje. Los profesionales a cargo del programa no están muy de acuerdo con el sistema o metodología de entrega de los MAC, porque el control o no del mismo es una decisión personal de la usuaria, es decir que están violando su derecho a decidir.

En relación al preservativo masculino. En los CAP indica que se encuentra “desmedicalizado”. Se entregan alrededor de 15 por persona, registrando el nombre del solicitante y la cantidad entregada. En el hospital, en cambio, se entregan entre 30 y 40 unidades, según la demanda del paciente.

Desde el Programa se entregan insumos a ONGs o instituciones educativas que lo requieran. La anticoncepción de emergencia puede retirarse durante las 24 horas en los dos establecimientos analizados, y va siempre acompañada de consejería

La anticoncepción quirúrgica. (Ligadura de trompas y vasectomía) no se realiza en el centro de atención primaria porque no cuenta con infraestructura para este tipo de intervenciones. De todos modos indican que cualquier paciente puede solicitar la ligadura de trompas, y se deriva al hospital con el triple formulario que solicitan: médico, psicológico y social. En el hospital exigen estos tres informes para acceder a la LT, además del consentimiento informado, que serán evaluados por un equipo interdisciplinario. El hospital Lagomaggiore ha realizado durante el año 2010 quinientas ochenta y cuatro (584) ligaduras tubarias.

Este servicio está disponible tanto para mujeres embarazadas como no embarazadas, con el mismo mecanismo. Una vez aprobada la solicitud, los turnos demoran aproximadamente un año. Según el entrevistado, las demoras se originan en el quirófano por falta de presupuesto, dado que para estas intervenciones se debe pagar aparte al anestesista, al médico/a y al cirujano/a. Se hacen alrededor de 6 LT por mes.

En relación a la vasectomía. Los requisitos son los mismos. El entrevistado indica que no se ha realizado ninguna en el período analizado, por que para lo que resta del año 2009 hay dos personas en espera. El procedimiento depende del Servicio de Urología, y tiene menor demora por la escasa demanda. En el CAP no se ha recibido ninguna solicitud de este tipo. El entrevistado propone que la vasectomía está poco popularizada por desinformación. En general, los hombres creen que el procedimiento influye sobre su virilidad. En este sentido, la anticoncepción continúa siendo considerada una cuestión específica de la mujer.

Consejerías. El acceso a la información y vínculo con la comunidad. En ambos servicios se ofrece consejería a las usuarias. En el CAP se realiza fundamentalmente dentro de la consulta de anticoncepción, y a través de charlas de refuerzo en los controles periódicos a las pacientes. Según el entrevistado, hay pocos recursos humanos como para establecer un espacio específico de consejería. En el hospital, esta actividad está claramente pautada en el servicio. Se realiza cama por

cama a las pacientes internadas, con explicaciones grupales sobre el uso de MACs. Puede haber también entrevistas personales si la paciente lo requiere. Se desprende de la entrevista que la consejería se lleva adelante específicamente en la sala de internación, por eso tampoco está garantizada la privacidad. En los dos establecimientos se realiza consejería prenatal y en período de puerperio, y se incluye a la pareja si la mujer así lo decide.

En el hospital se realizan charlas en sala de espera sobre lactancia, en las cuales se informa sobre la existencia del consultorio de SSyR. En los CAP, aunque no se dan charlas, hay en la sala de espera televisores en los que se pasan audiovisuales informativos. A su vez, ambos espacios cuentan con materiales informativos a la vista. El CAP no realiza actividades educativas extramuros. El hospital tampoco porque consideran que esta actividad le corresponde a los espacios de Atención Primaria, pero desde el programa las trabajadoras sociales salen a terreno a captar pacientes.

Atención en Adolescencia. Según la Jefa del Programa, se realizan consejerías específicas dirigidas a esta población como estrategia de captación activa. Sin embargo, esto no se ha manifestado en las entrevistas realizadas en los servicios de salud. En los CAP, no hay un servicio o espacio específico de atención en SSyR para adolescentes, sino que se realiza siempre más allá del motivo de la consulta. Hay una ginecóloga especializada en la atención a esta población a la cual se le derivan las pacientes. Se entregan MACs desde los 14 años, sin necesidad de que los menores asistan con sus padres. No se realizan actividades educativas destinadas a este grupo etario, ni se observan estrategias claras de captación.

De todos modos, hay un proyecto de creación de una consejería específica, que permitiría un mayor acceso a los adolescentes. En el hospital, el servicio analizado tampoco cuenta con un equipo especializado para esta población, ni se realizan actividades educativas o de captación activa. Se entregan MACs sin condiciones previas a mayores de 14 años. Si se acercan solas las pacientes menores de esa edad, se intenta citar a los padres. De todos modos, no se ponen trabas para el retiro de preservativos.

Atención en HIV-SIDA. Como decisión estratégica del Programa, se realiza un seguimiento domiciliario de las pacientes con HIV/Sida, para garantizar su cobertura en SSyR. Los CAP ofrecen

test de detección de HIV a los pacientes en los que se observen factores de riesgo y como parte de los estudios de rutina en el control prenatal. Está también disponible para adolescentes sin necesidad de la autorización de un adulto. Se ofrece diagnóstico y tratamiento de ITS (infecciones de transmisión sexual), aunque el efector aduce tener problemas de falta de insumos para atender este requerimiento, pero esto es más que nada, una falta de criterio para establecer un buen sistema de logística de insumos entre Programa y el efector.

En el hospital, se realiza el test de forma rutinaria a todas las pacientes previo al alta, al igual que el test de hepatitis B. Los/las adolescentes pueden acceder a esto firmando ellos mismos la autorización para realizar el examen. Se ofrece diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS. En ambos establecimientos se brinda asesoramiento en MACs a personas que padecen HIV-Sida.

Atención posaborto. Según la Jefa del Programa, existe un protocolo para la atención posaborto que incluye la calidad de la atención durante la internación, acompañada de consejería y el seguimiento domiciliario de la paciente para ver la adherencia del MAC que hayan elegido y evaluar el tipo de atención recibida. Cuando se presentan mujeres con síntomas de aborto incompleto, en el CAP se hace el diagnóstico y se deriva al hospital, sin realizar la denuncia.

En el hospital, en cambio, sí se tratan mujeres con síntomas de aborto incompleto. Ingresan por guardia, se les realiza el raspado, y luego van al consultorio para la consejería y obtención de MACs. Se entrega el método que elija la paciente, inclusive el DIU. Las trabajadoras sociales distribuyen materiales sobre cuidados posaborto. Según la entrevistada, la realización o no de la denuncia está en manos del profesional a cargo. No hay una política unificada en este sentido.

Este consultorio capta a las pacientes cuando ya han tenido al bebé, con lo cual no reciben mujeres con deseos de interrumpir un embarazo. Si la paciente manifiesta deseos de darlo en adopción, se llama al Equipo de Adopción. En los CAP, indican que de recibir estos casos, realizan contención psicológica y dan a la usuaria información médica, intentando disuadirla de su decisión.

Aborto no punible, actualmente no existe un protocolo general del Programa para el tratamiento de estos casos. Según la entrevistada, se ha estado trabajando en ello. En los CAP no se

han presentado casos de este tipo. La entrevistada del hospital, por su parte, indica que sólo conoce los casos que se han hecho públicos, y que la decisión de cómo actuar está en manos del comité del hospital y no de las profesionales del Consultorio.

Prevención de cáncer de cuello de útero. En el caso del CAP analizado, se realiza un PAP por año a partir del inicio de las relaciones sexuales. Si dos análisis seguidos dan totalmente normales, se vuelve hacer recién a los 3 años, y si este también da normal, recién se repite 6 años después. Esto, sin embargo, es muy poco frecuente. No se observan estrategias de captación de mujeres fuera de edad reproductiva. El entrevistado considera que es una población con poca contención, ya que no se la tiene muy en cuenta. No están planteados seguimientos específicos, y hay demandas propias de este sector a las cuales el servicio de salud no puede dar respuesta, como el reemplazo hormonal. Sí hay posibilidades de realizar mamografías y ecografías mamarias y ginecológicas a través del Programa de Lucha contra el Cáncer. En el hospital se realiza PAP a todas las pacientes que llegan. No existen estrategias de captación activa de mujeres fuera de edad reproductiva, sólo se las atiende si se acercan espontáneamente.

Mecanismos generales de difusión del programa. La entrevistada del programa indica que no cuentan con un espacio específico de difusión de las actividades que realizan, aunque esta información sí está disponible en caso de ser solicitada. En el período analizado no se han realizado tampoco acciones de propaganda, “porque estamos en la actividad cotidiana que nos lleva bastante tiempo”. Los materiales de difusión se entregan directamente a los espacios de consejería, que son los encargados de transmitirlos a las usuarias. Hay material educativo de producción local, algunos destinados a adolescentes (“Cómo cuidar tu salud ginecológica”), y otros para población en general con información sobre MACs (cómo colocar preservativos, DIU, ACO)

De Nación se provee de unos “libritos” sobre derechos sexuales y reproductivos dónde se explica la legislación vigente, y otros sobre anticoncepción de emergencia. La entrevistada considera que hay suficiente material disponible.

Educación Sexual. La Provincia de Mendoza se ha adherido a la legislación nacional sobre el tema. En este sentido, el Programa está capacitando directamente a docentes de 7mo grado. También participaron en la elaboración de los manuales de Educación Sexual para este nivel.

Violencia Sexual. Existe un protocolo local de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual, con provisión gratuita de antirretrovirales, AHE, consejería, contención psicológica, vacunación para hepatitis B, antitetánica y antibacteriales. Desde el Instituto de la Mujer se están repartiendo afiches y manuales para los efectores con más posibilidades de recibir este tipo de casos.

3.8. Características de las áreas sanitarias periféricas de la provincia

Tomamos como ejemplo el Área Sanitaria de Malargüe, según la entrevistada, cuando se pone en marcha el programa de SSyR hubo mucha resistencia al consumo de MAC e incluso a escuchar algún tipo de consejería porque aún está vigente la cultura patriarcal, el que manda y decide es hombre (el concepto es que si su esposa está embarazada, es signo de virilidad, y a su vez está convencido que así le será fiel).

Es destacada la actuación, el compromiso y el interés de la médica referente del PPSSyR y la capacitación de los profesionales (Médico tocoginecólogo, de familia, con población a cargo, Lic. en Obstetricia, enfermeros y agentes sanitarios) porque a través de las estrategias utilizadas para llegar a la población en los tres últimos años 2008, 2009 y 2010, se ha incrementado el consumo de MAC; los hombres requieren los preservativos; aumentó 90% de controles, pero también aumentó el embarazo en la población adolescente (entre 13 y 14 años) antes no se veía niñas de tan corta edad embarazadas.

El área está dividida en cuatro (4) zonas, la estrategia aplicada es, que los veintidós (22) agentes sanitarios con que cuenta el área, una vez al mes recorren la zona sanitaria (se denomina ronda zonal) que le corresponde de acuerdo a un plan ya establecido. A la comunidad se le informa a través de la radio en forma permanente sobre la visita del agente sanitario (el relevamiento es completo, desde el censo cartográfico del área asignada, situación de la vivienda, vacunación, controles acerca de si consume o no la medicación indicada, si una niña está entrando en edad fértil, entrega de leche y medicamentos cuando corresponde, etc.). Es decir que hay un seguimiento y

captación del usuario para incorporarlo al sistema sanitario, a través de la educación para la salud y la comunicación.

3.9. Resultados de las encuestas a los usuarios

Sobre una muestra representativa de la población femenina de 10 a 49 años residentes en hogares ubicados en los departamentos de Guaymallén con (144.811), de Las Heras con (103.964) y Godoy Cruz con (99.263 mujeres). Se encuestaron a 830 usuarias, es decir que del 70% por ciento de la población de la Provincia de Mendoza utilizan MAC. La encuesta incluía una sección sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva de las mujeres; la información sobre anticoncepción allí recogida permite algunas conclusiones interesantes y sus resultados se basa en el análisis que sigue:

- El 60% por ciento de las mujeres no conocen el programa de SSyR.
- El 72 % por ciento de las mujeres mendocinas sexualmente iniciadas al momento de la encuesta estaban utilizando métodos anticonceptivos (MAC). Se trata evidentemente de una población que usa una alta proporción de métodos anticonceptivos, pero se desconoce la frecuencia, consistencia y efectividad de su uso.

En la encuesta a las usuarias se buscó resolver dos incógnitas la primera consistía en saber si conocían el programa provincial de salud sexual y reproductiva y la causas o razones por las que fueron incorporadas al mismo.

Si bien el cuestionario de la Encuesta no indaga específicamente sobre si la mujer es sexualmente activa, se ha definido como sexualmente inactivas a quienes reportaron no utilizar métodos anticonceptivos debido a que no tienen relaciones sexuales. Esta clasificación resulta de dos preguntas: una que indaga por la utilización de métodos anticonceptivos y otra que no utiliza.

3.10. Descripción de la metodología utilizada. (Según Hernández Sampieri)⁸⁴

Universo. Para el presente trabajo, se tomará como universo a las usuarias que asisten a los centros asistenciales de las áreas sanitarias de Guaymallén; Las Heras y Godoy Cruz en el período de diciembre de 2010 hasta febrero de 2011.

Cuantificación del universo. Usuarias que asisten a los centros de salud de los departamentos y períodos de tiempo indicados:

Departamento	Población femenina en edad fértil de 10 a 49 años. (censo 2010)	Muestra Total de encuestas	De las mujeres encuestadas usan método anticonceptivo (MAC)	Porcentaje
Guaymallén	144.811	320	230	71,9%
Las Heras	103.964	220	143	65,0%
Godoy Cruz	99.263	290	212	73,1%
Total	348.038	830	585	70,5%

El Universo poblacional. Consiste de 348.038 mujeres en edad fértil entre 10 a 49 años según censo del año 2010, para los departamentos de Guaymallén, Las Heras y G. Cruz.

Unidad de Análisis. Se quiere saber el porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos en efectores de atención primaria del sector público, de diciembre de 2010 a febrero de 2011.

⁸⁴ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos, PILAR BAPTISTA, Lucio (2008) Metodología de la Investigación (Cuarta edición). México Mc Garw-Hill Editores Pág 247-255.

Muestra. Se toma una muestra del universo usando el método aleatorio.

Departamento	Universo	Muestra	Porcentaje
Guaymallén	144.811	320	0,22
Las Heras	103.964	220	0,21
Godoy Cruz	99.263	290	0,29
Total	348.038	830	0,23

Tamaño de la muestra. Conociendo que el total de la unidad de análisis es de 348.038 se toma la muestra por encuestas aleatorias de aproximadamente 830 mujeres que es un 0,23%.

Procedimiento para la recolección de los datos. La técnica utilizada es la encuesta y el instrumento es el cuestionario (Anexo VII). Este instrumento está conformado por preguntas cerradas relacionadas con datos personales, centro asistencial que concurrió y otras referentes al conocimiento del programa de salud sexual y reproductiva, si conoció el programa por consejería o por los insumos y si usa algún método anticonceptivo.

El cuestionario es anónimo, se entregaba a las usuarias en la sala de espera que asistían diariamente a los centros asistenciales, en otras circunstancias al momento de sacar el turno, posteriormente depositarlo en una urna que estaba al salir de la sala.

Las variables. Que se utilizan son el conocimiento del programa de salud sexual y reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos.

Análisis de los datos del cuestionario

- En la pregunta N° 1 el 60% de las encuestadas no conocen el programa de salud sexual, pero, se puede observar que hay un gran número de las encuestadas que utilizan algún método anticonceptivo y se deduce que ya recibieron consejería para acceder a los insumos.
- De las encuestadas 40% que conocen el PPSSyR ha sido a través de la consejería.

Referente a la pregunta N° 2 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? se puede estimar los siguientes porcentajes de los MAC que utiliza la población femenina encuestada.

- El preservativo es el más utilizado, en un 38,0%
- Píldora el 22,2%
- DIU (Dispositivo Intra Uterino) un 12,3%
- Tradicional un 12,9%
- Esterilización 9.9%
- Inyectable 0%

Para finalizar se puede concluir que de la población femenina encuestada el 70% utiliza algún método anticonceptivo y como consecuencia se encuentra registrada bajo el programa de salud sexual y reproductiva.

Todo expresado precedentemente se puede apreciar en el (Anexo VI).

CONCLUSIONES

Después de haber estudiado y analizado los instrumentos que el gobierno nacional y provincial utiliza para la aplicación de las políticas sociales focalizadas y garantizar los derechos a la Salud Sexual y Reproductiva a través del programa provincial de salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta que nuestro objetivo general es conocer el impacto generado en población femenina en edad fértil en la provincia de Mendoza, llegamos a las siguientes consideraciones.

Referente al **capítulo I**, se puede concluir, en que el gobierno nacional se constituye en el garante del derecho a la salud para todos, solidariamente y sin discriminaciones.

Las instituciones a través del recurso humano comprometido, pone interés en la satisfacción de los usuarios, en el respeto de los derechos humanos, en la igualdad sin discriminación, en preservar el derecho a la confidencialidad, a la intimidad y a la privacidad de las personas, así como el derecho de los pacientes en cuanto al acceso y a la comunicación de toda información relevante disponible relacionada con su diagnóstico y tratamiento.

En función de las normativas vigentes, se evidencia un avance logrado debido a la participación activa de la población, consolidando de esta manera el derecho a la salud que trae aparejado el bienestar y la salud de las familias, el reconocimiento de la gente, el ambiente y sus problemas, así como el fortalecimiento de las instituciones familiares comunitarias y de la sociedad para una participación más responsable y protagónica. El derecho a la salud exige un cuidado integral de la vida, desde el hogar, la escuela, el trabajo, el barrio y la ciudad.

Asimismo, el derecho a la salud, requiere de las acciones antes que el daño se produzca, en función del riesgo poblacional para evitar males mayores, con criterios preventivos proporcionales a las necesidades de las personas y es aquí donde el estado es parte activa del sistema sanitario.

El Estado es quien debe garantizar el fiel cumplimiento de los derechos esenciales, y por consiguiente, el derecho y acceso efectivo a la salud, mediante “acciones positivas”, esto es, mediante un rol activo y no de mero espectador.

En virtud a lo expuesto, en el **capítulo II** se conceptualiza y describen las políticas sociales de salud vinculada con la política social focalizada, analizadas como instrumento para reducir problemas de desigualdad en salud. Desde ésta perspectiva se puede concluir definiendo la formulación de políticas como la determinación de prioridades. Es por ello que política y gestión van de la mano llegando a confundirse. Las políticas siempre expresan prioridades de quienes la conducen, mientras que gestión es tomar decisiones.

Las tres primeras reuniones del COFESA estuvieron dedicadas a definir su estructura y funcionamiento, así como a diagnosticar la situación de salud del país y la marcha de algunos de los programas a cargo del Ministerio.

A nivel político la falta articulación entre los distintos sectores implicados en el cuidado de la salud, especialmente los/las responsables de los programas de la salud, como el área encargada de implementar las políticas de igualdad de oportunidades y promoción de los derechos.

Continúa la tendencia a la formulación de las políticas según los criterios médico-sanitarios tradicionales con escasa articulación de la política global. Es decir que sigue siendo prioritaria la antigua política asistencialista. Esto se comprueba en la asignación de los recursos presupuestarios y humanos para el desarrollo de las acciones.

A nivel estructural, se encuentran obstáculos que tienen que ver con la precarización del sistema de salud pública al que nos llevó el modelo político económico desarrollado en nuestro país en la década de los 90 que afecta a toda la población y no sólo a los/las usuarios/as de los programas vigentes en nuestra provincia. También las estructuras patriarcales que subsisten en nuestra sociedad.

Continúa sin consolidarse la estrategia de atención primaria de la salud, que si bien es una propuesta política generalizada, en la práctica, muestra que en el transcurso de los años, se han producido pérdidas en la asignación de los recursos y estancamiento o deterioro en su cobertura comparado con los años anteriores.

Se consolidan algunas áreas de acción como los programas materno-infantiles y control de enfermedades transmisibles, pero no hay una unívoca concepción de la gestión de todos los programas vigentes en la provincia.

En definitiva en este estudio describimos algunas tendencias regionales en la reformulación de las políticas. Cada una de ellas involucra definiciones dentro de cada tipo de política, valores, el nivel de operacionalización, su origen, sus destinatarios Etc... En los últimos años se registraron las siguientes tendencias:

- Focalización creciente de los programas de salud de la población
- Aparición de programas de carácter compensatorio.
- Descentralización, aunque entendida de manera heterogénea e implementada a través de los procesos oscilatorios (con avances y retrocesos) en la conducción de la política sanitaria

En el **capítulo III**, se concluye que falta capacidad de gestión por parte del PPSSyR para hacer un seguimiento de sus actividades y monitorear el cumplimiento de la ley de salud reproductiva, y se evidencia la necesidad de un cambio estructural, que sólo sería posible en el marco de una reforma del modelo político-económico.

No se observan estrategias de captación activa de usuarios. Incluso desde los CAPS entrevistados, el vínculo con la comunidad es mínimo: no se realiza ningún tipo de actividad extramuros. Puntualmente, no se evidencian estrategias de captación de usuarias posmenopáusicas para la realización de controles.

La atención en adolescencia muestra muchas falencias. No hay estrategias de captación de esta población. La Jefa del programa indica que se realizan consejerías específicas para esta

población, pero esto no ocurre en los centros analizados, de igual manera las adolescentes a partir de los 14 años asisten a los efectores para acceder a los anticonceptivos.

No se perciben estrategias programáticas para incorporar a los varones al programa de Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Desde el año 2000 a través de una norma provincial que autoriza a los efectores públicos a realizar ligaduras tubarias y vasectomías, no se evidenció en el caso de los varones una participación activa, tal es así que en los dos últimos años se realizaron 2 vasectomías en el hospital Lagomaggiore y 3 en el hospital Central, también da muestras de ello la inexistencia de consultas al respecto en los CAPS.

En el caso de la población femenina, se realizaron 886 ligaduras tubarias, durante el año 2010 en el hospital Lagomaggiore, el PPSSyR lleva registrado una estadística de 3.933 prácticas realizadas en los efectores públicos de la provincia desde su implementación (2000) a la fecha.

El preconcepto de que la responsabilidad del cuidado en anticoncepción es de la mujer se encuentra ampliamente presente en la sociedad, particularmente en los sectores de bajos recursos.

Es importante destacar el excelente registro, custodia, control y seguimiento de los insumos realizados en las farmacias de la coordinación de las áreas sanitarias, CAPS, centro logístico de distribución de la provincia y en la sede del PPSSyR.

Después del estudio sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, se puede agregar que se requiere de un análisis cruzado de los distintos indicadores, a fin de poder realizar un diagnóstico integral que permita romper con el paradigma de tratar la salud y la vida sexual y reproductiva de las mujeres en compartimentos estancos. Se debe pensar en adecuar las medidas y políticas públicas a la realidad biopsico-social de la población femenina.

Con éste trabajo se pretendió mostrar las acciones que se proponen a un nivel estratégico, a través de una política social focalizada que atienden a una población específica y conocer si se alcanzaron a cumplir los objetivos generales y específicos planteados en la puesta en marcha de la gestión y si se llegó a cubrir las necesidades y requerimientos de los usuarios.

El presente trabajo será útil para dar a conocer al coordinador de programas de salud del Ministerio de Salud, jefa del programa provincial de salud sexual y reproductiva de Mendoza y referentes del mismo, cuál es la percepción y opinión del recurso humano que se desempeña en directa relación con las usuarias, y de ésta manera desarrollar estrategias de abordaje a los problemas en forma coordinada. Pueden establecer políticas de acción de acuerdo a las falencias y exigencias de la población para trabajar desde una perspectiva integral y no en compartimentos estancos.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLER ATUCHA y PAILLES, Jorge. (1996) “La práctica del aborto en Argentina”. Buenos Aires N° 14 Pág.56.
- Aprobado según Ley n° 23.849 (año 1990) Argentina, decreto legislativo n° 28/90 Brasil ratificada el 06/12/1989.
- Asamblea General de las Naciones Unidas suscribió la Convención Interamericana para la *Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad* Aprobado por Ley 25.280 (Argentina) y Ley 17-330 (Uruguay)
- BADENI, Gregorio, (1994): *Reforma Constitucional e Instituciones Políticas*. Buenos Aires (2da. Edic). Prentice T. 1. Pág.849
- BIDART CAMPOS, Germán J. (1997): *El derecho a la salud y el amparo*,_Ed., Labor. pág.297-298
- BOLZA DE MORAES, José Luís (2006): *El Derecho a la Salud en Brasil*. Buenos Aires. Tomo 3 Astrea. Pág.1236.
- CARRILLO, Ramón, (1975): *Obras Completas* Eudeba. pág. 14
- CONI, Emilio, (1927): *Vida científica y bibliografía (1874-1927)*, Buenos Aires, Rosso,.
- DE BARBIERI, Teresa (1999): “Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido” *Mujer y Salud*. Santiago de Chile, N° 40, Pág. 89.
- DE LA ROSA, Ignacio. (2011) “A fin de año estará la vacuna gratis” *Los Andes*, Mendoza, 15 de febrero de 2011, sociedad, sección. A8
- FOUCAUL, M. (1977): “*Historia de la Medicalización*” *Educación Médica y Salud*, Washington. (vol. II, n° 1), Pág. 23-25
- FRENK, Julio (1997): *Las dimensiones de la reforma del sistema de salud*, México: Editorial diana- Fundación Luis Donaldo Colosio Páginas 361- 382
- GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico, (1997): *Más salud por el mismo dinero*, Buenos Aires, Grupo editor latinoamericano-Ediciones Isalud. Pág. 25.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés/ TOBAR, Federico (1999): *Más salud por el mismo dinero*, Buenos Aires, Ediciones Isalud (2da. edición) Pág 89-91

- GORDILLO, Agustín (1978): *Tratado de Derechos Administrativo, parte genera*, Argentina Buenos Aires Tomo 1. Cap. XI pág.756
- HABICH, Diego (2010) “La Vacuna Contra el VPH como Parte de la Estrategia de Prevención del Cáncer de Cuello de Útero. Federación argentina de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia”. Buenos Aires Revista Anuario de la Maternidad. Pág.54.
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos, PILAR BAPTISTA, Lucio (2008) *Metodología de la Investigación* (Cuarta edición). México McGraw-Hill Editores Pág 247-255
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ COLLADO, Carlos, y PILAR BAPTISTA, Lucio. (2008): *Metodología de la Investigación*, cuarta edición, México, McGraw-Hill Editores. Pág 247.
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ COLLADO, Carlos, y PILAR BAPTISTA, Lucio (2008): *Metodología de la Investigación*, cuarta edición, México McGraw-Hill Editores. Pág 255
- HOOT, Pedro Federico (1980): *Derechos Individuales y Colectivos en Salud*. Barcelona. Doyma S.A. Pág.911.
- HOOT, Pedro Federico, (2004) *Derechos individuales Vs. Derechos Colectivos en Salud: Ética y Justicia*, revista jurídica. La Ley (2004) 1320-1321.
- ISUANI, Ernesto Y MERCER (1988) *La fragmentación Institucional del Sector de Salud ¿Pluralismo o irracionalidad?*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Pág.60-65
- ISUANI, Ernesto; MERCER, Hugo (1988): *Fragmentación Institucional del Sector Salud ¿Pluralismo o Irracionalidad?* Buenos Aires , Centro Editor América Latina S.A.. pág.16 a 24.
- KESTELMAN, Narciso (2007): *Herramientas para planificación y programación local*- Módulo 4. Plan Federal de Salud- Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación. (2da Edición).Pág. 21- 30
- KESTELMAN, Narciso: *Herramientas para planificación y programación local*. Op. Cit
- LINAREA QUINTANA, Segundo V. (1946): *El derecho Constitucional en la Posguerra*. Buenos Aires. Pág. 345

- LINARES QUINTANA, segundo V. (2004): *El derecho constitucional. El constitucionalismo social*, revista jurídica. La Ley (2004)
- LYONS, Ernesto; PETRUCCELLI, R. (1980): *Historia de la medicina*. Barcelona Doyma S.A. Pág.180.
- MARSHALL, A. (1985): *Gasto público y servicios sociales, su “performace” entre 1976 y 1983*. Buenos Aires. FLACSO, Pág. 880
- MARSHALL, A.(1988): *Políticas Sociales, el modelo neoliberal*, Buenos Aires, Legasa, Pág.46-97
- MARTONE, Francisco, (1951): *Administración sanitaria y medicina social*. Buenos Aires, Ciordia y Rodríguez,; pág. 222
- MATUS, C. (1992): *Planeamiento y programación en salud. Un enfoque estratégico*. Sao Pablo. Editora Abrasco. Pág. 199
- MESA LAGO, C.; ISUANI, Ernesto, (1981): *La Seguridad Social en América Latina: Problemas y recomendaciones*, en UNICEF “Planificación Social en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile. Mc Graw Hill. Pág. 497.
- MINTZBERG, H. (1978): *Patterns in Strategy Formation, Management Science*, New York (Vol. 24 N° 9) McGraw Hill. Pág 934- 948
- MORELLO, Gabriel; STIGLITZ, A (1984): *La Cautela Autosatisfactiva*. Buenos Aires Ediar Pág.1.100
- NEIL, M. S. (1990): *Política Nacional de Salud. Análisis de la Nueva Legislación*, Argentina La Plata, PNUD, Pág. 15
- OÑATIVIA, A. (1966: *Política Sanitaria y Social*, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires. Pág. 738
- PINAR, Gustavo, (1996): *Los Derechos Humanos en las Constituciones*_ Buenos Aires. La Rocca Pág 221
- PINAR, Gustavo, (1996): *Los derechos humanos en las constituciones del MERCOSUR*, Argentina, Buenos Aires. pág. 1640 1641
- ROEMER, M. (1980): *Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud Siglo XXI*. Buenos Aires. Prentice Hall pág. 21.
- ROSEN, G (1974): *Locura y Sociedad*, Madrid, Alianza Editorial. pág. 229
- SCZHOCH, D. (1981): “Revista general de la problemática del suministro de atención médica por la seguridad social en los países en desarrollo” Trabajo presentado en la mesa redonda sobre

- Suministro de la atención médica de la seguridad social en los países en desarrollo. Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). Brasilia
- SEBASTIAN, Mario (2010) “Salud sexual y reproductiva, en el mundo Argentina y Mendoza”. *Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia*. Buenos Aires N° 48 Pág.20-21
 - SHALLAT, L. (1993): *Derecho de la vida*, Mujer Salud, N° 33, Santiago de Chile. Pág.93
 - TANÚS, Gustavo. (2011) Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Útero y Mama en Mendoza. Entrevista el 14 de Febrero de 2011
 - TOBAR, Federico (1995): *Herramientas para el análisis del sector de salud*. Buenos Aires Ediciones Granica S.A. Pág.99.
 - TOBAR, Federico (1995): *Tendencias en políticas de salud*, Buenos Aires, Documento de trabajo Isalud. 25 páginas
 - TOBAR, Federico (1998): *El marco económico social de la desregulación. Medicina y sociedad*, Buenos Aires Ediciones Granica S.A. Pág. 25.
 - TOBAR, Federico, (1990): *Alternativas en la Formulación de Políticas Sociales*, PNUD Proyecto Argentina 90/015.
 - VELIZ, C. (1986): *El Centralismo en América Latina de la Población*, Barcelona (II edición.) Mc Grauw Hill Pág.135
 - VERONIL, Juan C. (1988): *Los proyectos de Transformación de los Sistemas de Salud en América Latina*. México Pág.398-400
 - VITTAR, Víctor Hugo (2010) Situación actual del VIH/ SIDA en Mendoza. Programa Provincial de SIDA. Mendoza

Páginas de internet consultadas

- Asociación Médica Argentina de Anticoncepción -Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Argentina (2010). (en línea) Disponible en worl wide web: <http://www.amada.org.ar>. Consultado el 08 de febrero de 2011
- Cáncer de cuello de útero. Fundación Argentina para el Desarrollo de la Medicina Preventiva y Familiar.(en línea) Disponible en world wide web:

<http://www.fundaprev.org./Biblioteca/Cáncer_de_cuello_de_útero.htm. Consultado 14 de febrero de 2011.

- CONDeRS Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales con la cooperación de la UNFP- Fondo de Población de las Naciones Unidas (en línea). Disponible en worl Wide Web: www.conders.org.ar E- mail: conders@conders.org.ar. Consultado 10 de diciembre de 2010.
- CONDeRS Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales con la cooperación de la UNFP Fondo de Población de las Naciones Unidas *Monitoreo social sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina* (en línea). Disponible en worl wide: web [http://www.conders.org.ar./pdf/CondersExigibilidad2 .pdf](http://www.conders.org.ar./pdf/CondersExigibilidad2.pdf). Consultado (15 /12/2010)
- Definición de programa de salud- *Qué es, significado y concepto*, disponible en world wide web: < http://definición.de/programa-de_salud/". Consultado el 17 de noviembre de 2010.
- JELIN, E. (1999): *Antecedentes sobre los derechos sexuales y reproductivos*. (en línea). Disponible en world wide web: <<http://www.injuv.gob.cl/saludyautocuidado/sexualidad2.html>. Fecha de captura (09/12/2010
- JELIN, E. (1999): *Antecedentes sobre los derechos sexuales y reproductivos*. (en línea). Disponible en world wide web: <<http://www.injuv.gob.cl/saludyautocuidado/sexualidad2.html>. Fecha de captura (09/12/2010
- MAOÑO, Cristina; VAZQUEZ, Norma (1996) *Derechos Sexuales y Reproductivos* Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo Universidad del País Vasco (en línea). Disponible en world Wide web: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66>. Consultado el 9 de diciembre de 2010.
- SIDA en Mendoza Ministerio de Salud Gobierno de Mendoza. Disponible en world wide web:<<http://www.infosalud.mendoza.gov.ar/>. Fecha de captura 10/02/2011.
- URBINA, Paola Alejandra: (2007) *El acceso a la medicina prepraga en Argentina EL MERCOSUR Perspectivas del Derecho Privado ante las exigencias Sociales y Económicas del Nuevo Milenio*. Disponible en world Wide web: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE. fecha de captura 07 de Julio 2010

Documentos consultados

- Constitución de la Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud Documentos básicos, documento oficial 240 Washington (1991)
- Constitución Nacional de la República Argentina (1995) Art. 26.
- CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA: Art. 75. Inc. 22. Reforma de 1994.
- Constitución Nacional de la República de Paraguay (año 2004).
- Convención Americana sobre *Derechos Humanos* (1969) Costa Rica. Aprobada según leyes n° 23.054 (1984) Argentina, Decreto Legislativo n° 27/92 (Brasil) y ratificado el 19/04/1984 (Uruguay)
- Decreto N° 2010/98, sobre la implementación del *Programa de Salud Reproductiva en la Provincia de Mendoza*.
- La Asamblea General de las Naciones Unidas enunció la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948). París Francia
- La Asamblea General de Naciones, el 18 de diciembre de 1979 aprobó la *Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer* Aprobada según Leyes n° 23.179 (año 1985) Argentina y ley n° 1.215 año 1986 (Paraguay).
- Ley 18.610 de Obras Sociales (1970): MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL DE NACIÓN: *Sistema Nacional Integrador de Salud*, Buenos Aires.(1974)
- Ley 6433 “Programa Provincial de Salud Reproductiva” Ministerio de Desarrollo Social y Salud Provincia de Mendoza aprobada el 22 de octubre de 1996
- Los datos fueron expuestos en el Tercer Seminario sobre *Proceso de reforma de la seguridad Social en Salud*, OPS. Washington, 1999.
- Los Estados Partes Carta de la Organización de Estados Americanos
- Novena Conferencia Internacional Americana aprobó la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (1948) Bogotá Colombia
- Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas, definición distribuida en la Tercera Reunión Preparatoria para El Cairo 94. Nueva York, abril de 1994.

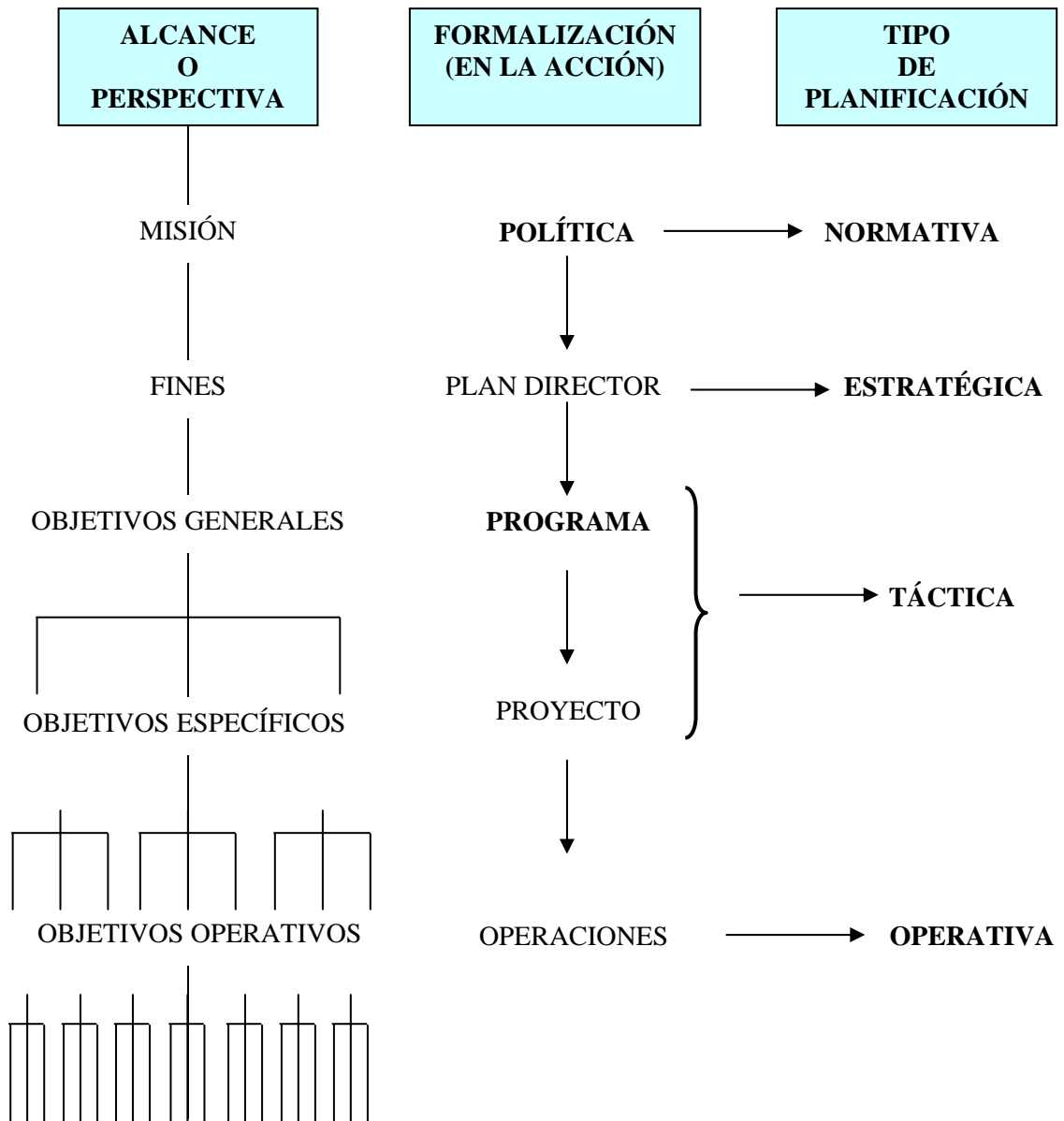
- *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. (1966) Aprobado según Ley 23.313 Nueva Cork Estados Unidos (1986) (Argentina) y ratificado el 21/08/1996 (Brasil) y el 17/11/1988 (Uruguay)
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Ley 25.673 (Buenos Aires 2002)

**GLOSARIO DE
ABREVIATURAS**

ACO	.....	Anticoncepción Oral
ACQ	.....	Aticonceptivo Quirúrgico
CAPS	.....	Centro de Atención Primaria de la Salud
DEIE	.....	Dirección de estadísticas Investigación Económica
DIU	.....	Dispositivo Intra-Uterino
FASGO	.....	Federación Argentina de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia
ITS	.....	Infecciones de Transmisión Sexual
LT	.....	Ligadura Tubaria
MAC	.....	Método Anticonceptivo
NEA	.....	Nor Este Argentino (Región)
NOA	.....	Nor Oeste Argentino (Región)
PAP	.....	Papanicalau
PPSSyR	.....	Programa Provincial de Salud sexual y Reproductiva
VHP	.....	Virus de Papiloma Humano

ANEXO I

Planificación en salud según el nivel o la extensión del proceso



Fuente: Figura 1.7- Jerarquía de los objetivos según el nivel de la planificación o extensión del proceso. MINTZBERG, H. (1978) Patterns in Strategy Formation, Management Science. Vol. 24 nº 9. Pág.15

ANEXO II

Estado Legislativo en salud sexual y reproductiva

En las provincias de Argentina

En el año 2002 se aprobó la Ley Nacional de Salud y Procreación responsable (25.7639)

brindando un marco nacional y amplio para la salud sexual.

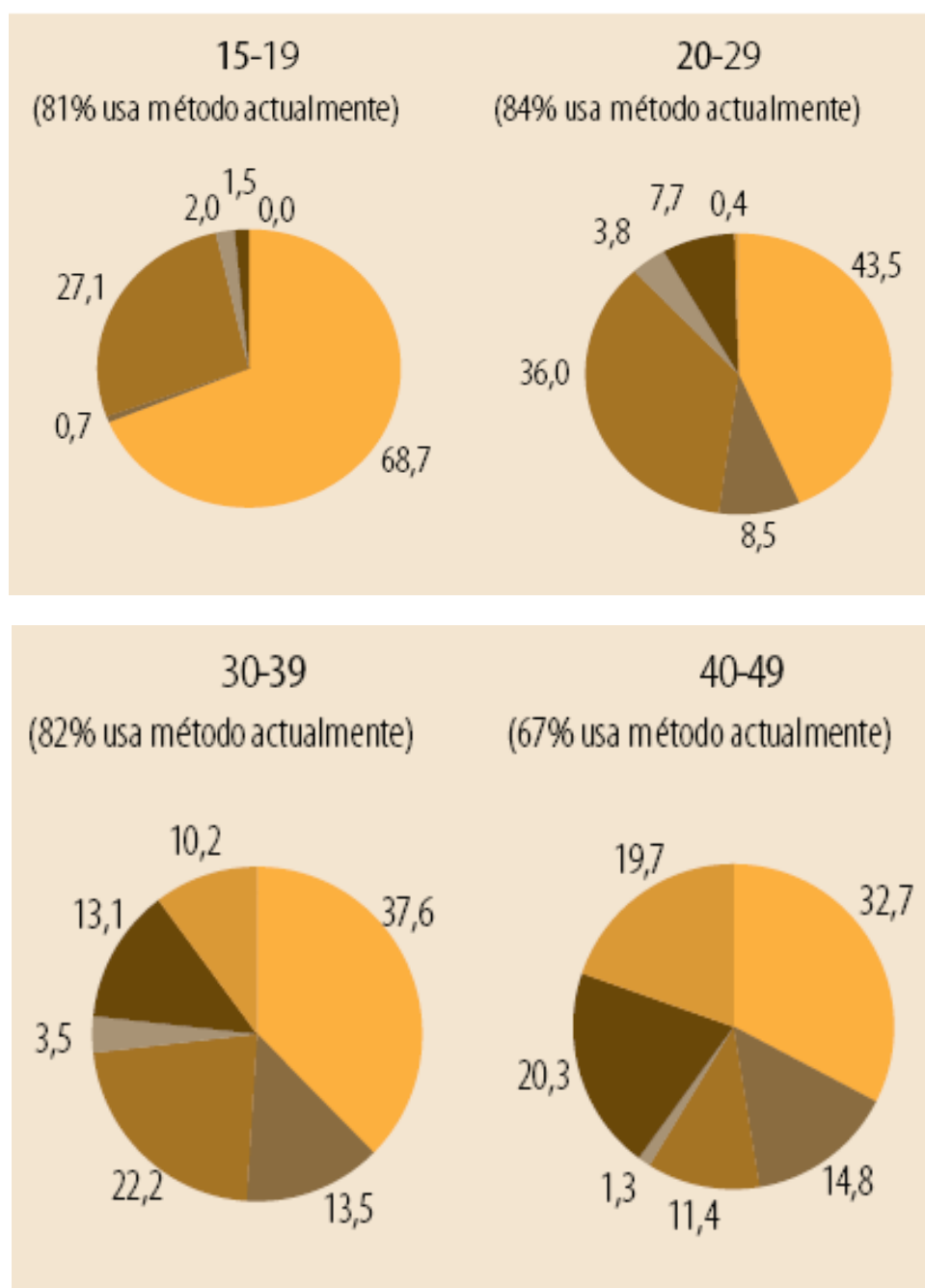
PROVINCIA	LEY Y/O PROGRAM A	FECHA DE SANCIÓN	CONTENIDO
Ciudad de Buenos Aires.	Decreto N° 2.278	1987	Programa de procreación responsable, fue el primer instrumento que otorgaba información sobre salud reproductiva
La Pampa	Ley 1.363	27/12/1991	Programa provincial de procreación responsable.
Chaco	Ley 4.276	10/04/1996	Creación del programa de educación para la salud y procreación humana responsable
Córdoba	Ley 8.535	25/04/1996	Programa de salud reproductiva y sexualidad para garantizar la capacidad de decidir libre y responsablemente el N° y espaciamiento de los hijos
Mendoza	Ley 6.433	22/10/1996	Provincial de salud reproductiva
Formosa	Ley 1.230 Ley 647 Ley 755	02/11/1996	Declara de interés provincial la Educación sexual y control de adicciones, en todos los niveles educativos públicos y privados provincial Articula con el programa Nacional
Corrientes	Ley 5.146 Ley 5.527	29/11/1996	Programa de acción a favor de la salud de la mujer y del niño Adhesión a la Ley Nacional
Río Negro	Ley 3.050	10/12/1996	Programa provincial de salud reproductiva y sexualidad humana.
Neuquén	Ley 2.222 Ley 2.431	31/10/1997 02/07/2003	Programa provincial de salud sexual y reproductiva. Establece políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Incorpora a la Ley 2222, “prácticas de contracepción”, ligadura tubaria y vasectomía”
Misiones	Decreto N° 92/98	02/02/1998	Programa provincial de salud reproductiva, integrando el proceso de información y educación a los y las adolescentes.
Jujuy	Ley 5.133	03/06/1999	Programa provincial de maternidad y paternidad responsable y de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
Chubut	Ley 4.950 D:1733/2000	23/11/1999	Programa de salud sexual y reproductiva Incorpora Métodos Quirúrgicos
Ciudad de Buenos Aires.	Ley 418 Res.	22/06/2000	Programa de salud reproductiva y procreación responsable, ampliando el Decreto N° 1987.
La Rioja	Ley 7.049	14/12/2000	Programa integral de educación sexual reproductiva

	Ley 7.425		Adhesión a la Ley Nacional.
Tierra del Fuego	Ley 509 Ley 509	03/01/2001 11/10/2001	Régimen provincial de salud sexual y reproductiva, ley de procreación responsable, que crea Incorpora Métodos Quirúrgicos.
San Luís	Ley 5.344	30/10/2002	Salud reproductiva proveyendo información, asistencia y orientación
Santa Fe	Ley 11.888	14/11/2002	Programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable.
Buenos Aires	Ley 13.066	28/05/2003	Programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable.
Entres Ríos	Ley 9.501	22/06/2003	Sistema Provincial de salud sexual y reproductiva y educación.
Santa Cruz	Ley 2.656	26/06/2003	Adhesión a la ley nacional.
Salta	Ley 73.113	20/09/2004	Promueve responsabilidad en la sexualidad y en transmisión y cuidado de vida
Tucumán	Sin Ley		Protección alumnas embarazadas, lactancia materna y conformación comités de ética. Según Ley N° 6.848
Catamarca	Sin Ley		Programa de atención integral de la mujer recibe insumos del programa nacional de SS y PR. Ley 5057 de comités hospitalarios de ética
Santiago del Estero	Sin Ley		Adhesión al programa nacional de SS y PR a través de la Ley 6.579.
San Juan	Sin Ley		Incorpora el programa Nacional parcialmente a través de la Ley 5.930, por el programa de la mujer. Protección integral de los derechos de todos los niños y adolescentes Según Ley 7.338

FUENTE: Información del Programa Nacional de Procreación Responsable y Salud Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, con la cooperación de UNFPA (Fondo de la Población de las Naciones Unidas)

ANEXO III

Distribución de mujeres de 10-49 años sexualmente activas según tipo de método anticonceptivo actualmente usado, por grupo de edad. Argentina. 2009



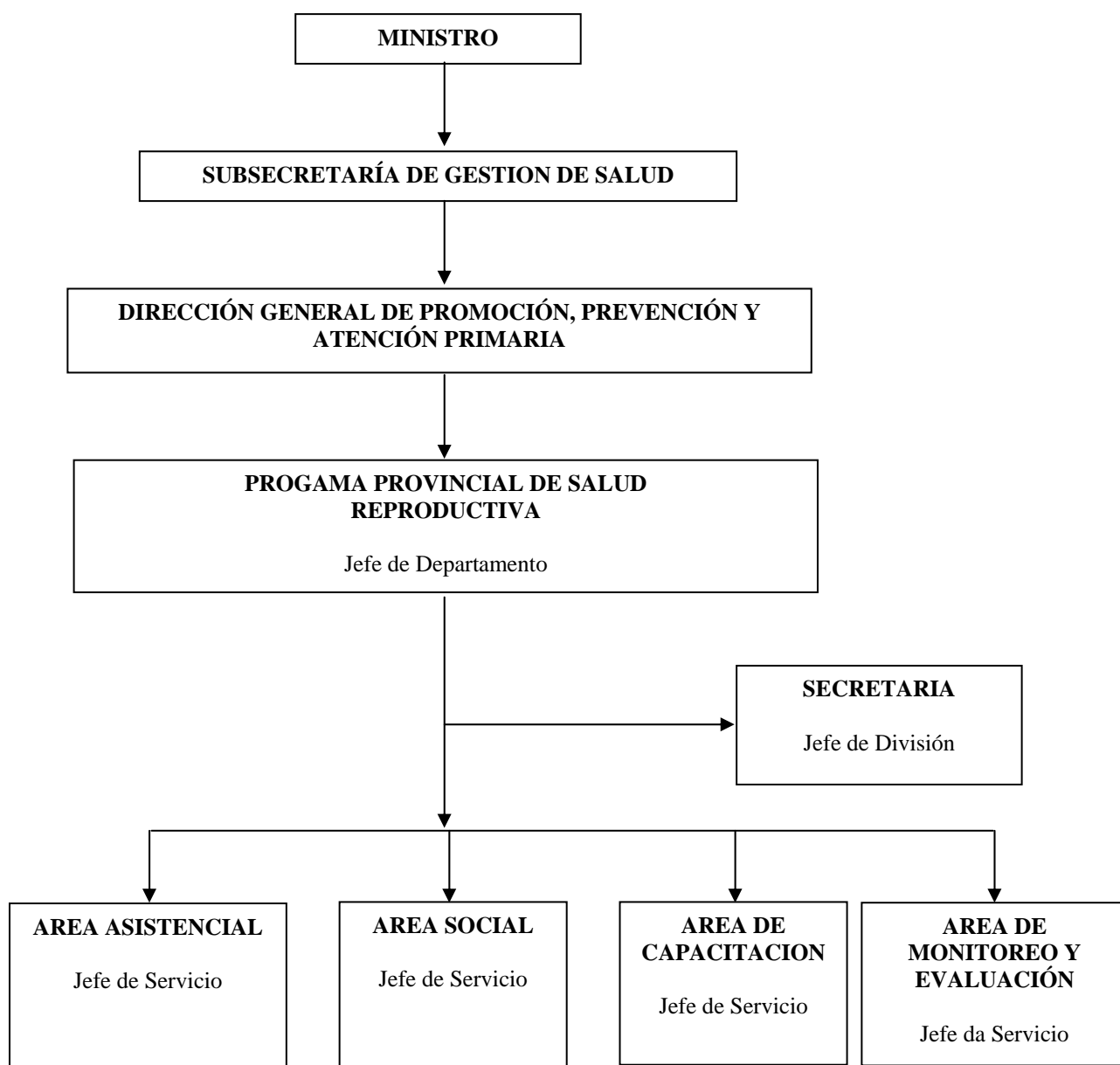
■ Preservativo
 ■ DIU
 ■ Píldora
 ■ Inyección
 ■ Tradicionales
 ■ Esterilización femenina

FUENTE: Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS) con la cooperación de la UNFP- Fondo de Población de las Naciones Unidas.

ANEXO IV

Organigrama del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva

Provincia de Mendoza



Fuente: Organigrama del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva- Año 2010- Mendoza.

ANEXO V

Movimiento de insumos por efector

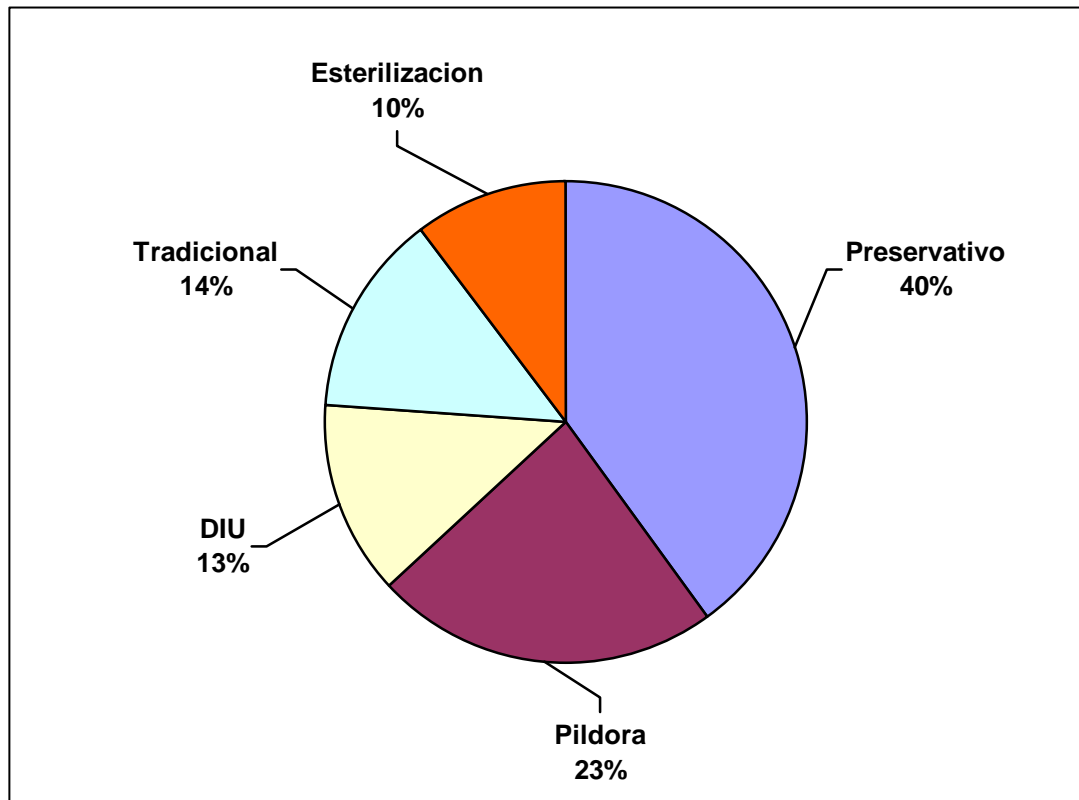
FUENTE PROVINCIAL ()		NACIONAL ()	
HOSPITAL O CENTRO DE SALUD		Area Sanitaria Guaymallén	
Mes y año		Mayo 2010	

Métodos	Existencia inicial	Entrada	Salida	Saldo	Observaciones
Preservativos	40.990	598.000	38.450	263.500	
Progestágenos	2.065	940.000	699.811	242.179	
Comprimidos PAE	10.294		4.620	5.674	
Comprimidos AOC 20	709.989	312.375	918.939	103.425	
Comprimidos AOC 30	1.607.823	2.041.200	2.117.346.	153.167	
DIU TCu 380	1.097	4.930	3.107	2.928	
DIU M	263		90	173	
DIU esp.	287	20	38	269	
Inyectables Ampollas	6	41.260	29.251	12.015	Existe resistencia a aplicación

Fuente: Planilla de movimientos de insumos del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva- Año 2010- Mendoza.

ANEXO VI

**Métodos Anticonceptivos actualmente utilizados
por la población femenina de 10 a 49 años
Provincia de Mendoza. 2010-2011**



Conclusión: el 72% de las mujeres en Mendoza utilizaban un método anticonceptivo.

Fuente de datos: encuesta a los usuarios (diciembre 2010 a febrero 2011)

ANEXO VII

Modelo de Cuestionario
Salud Sexual y Reproductiva.

La presente encuesta es anónima, le pedimos que responda las siguientes preguntas.

Fecha.....

Área Sanitaria.....Centro de Salud.....

Edad.....Sexo.....

1) ¿Conoce el Programa Provincial de Salud Sexual y reproductiva?

(Marque la respuesta que corresponde)

SI

NO

2) Si la respuesta es afirmativa. Indicar ¿Por qué? (marque la respuesta que corresponde)

<Por consejería/información

<Por los insumos

3) ¿Utiliza algún método anticonceptivo? (marque la respuesta que corresponde)

<Orales (píldoras)

<Preservativo

<Inyectables

<DIU (dispositivo Intra-Uterino)

<Ligadura Tubaria

<Tradicional

<NO utiliza

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN