



Programa Ciudadanía & Sexualidad

Manual para Organizaciones de la Sociedad Civil

Ciudadanía y Sexualidad es una iniciativa para promover el ejercicio y asegurar la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de Buenos Aires. Integra personas, organismos gubernamentales, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil. Está impulsada por la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

Programa Ciudadanía & Sexualidad

EQUIPO DE TRABAJO

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE
LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Adjuntía en Derechos Humanos

Diana Maffía

Beatriz Kohen

Malu Moreno

Paula Bodnar

Carmen Hernáez

CEDES

(Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Silvina Ramos

Mónica Petracci

Dalia Szulik

Lila Aizenberg

Cynthia del Río Fortuna

*El Programa Ciudadanía y Sexualidad está financiado por la FUNDACIÓN
FORD*

Desde la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires les doy la bienvenida al seminario de capacitación en herramientas de monitoreo y de incidencia en políticas públicas del Programa Ciudadanía y Sexualidad.

Ya en otras oportunidades hemos tenido ocasión de compartir responsabilidades en la promoción de derechos humanos, pero este es el primer intento sistemático de poner en manos de las organizaciones de la sociedad civil mecanismos que permiten asumir compromisos más activos en un ejercicio responsable de ciudadanía.

Consideramos que este compromiso está implícito en la respuesta a la convocatoria, y por eso confiamos en el desarrollo de este seminario intensivo como una oportunidad para fortalecer en conjunto - la Defensoría del Pueblo, el CEDES y las organizaciones participantes - un mecanismo de vigilancia colectiva del cumplimiento de las leyes que haga de la democracia una construcción en común. De este modo, aseguraremos que aquellos derechos en los que tan arduamente se ha avanzado - materializándolos en leyes y programas - se consoliden en la práctica y no admitan retrocesos ni restricciones para su ejercicio.

Deseo que este vínculo generado y ahora fortalecido entre la Defensoría del Pueblo y las organizaciones de la sociedad civil, permita asociaciones fructíferas de trabajo hacia el control público y la promoción de derechos humanos para todos y todas.

Dra. Diana Maffía

Nota: En este documento se ha procurado evitar el lenguaje sexista. Sin embargo, a fin de facilitar la lectura, no se incluyen recursos como la “@” o las barras “os/as”. En aquellos casos en que no se ha podido evitar pluralizar en masculino, deseamos que se tenga en cuenta la intención no sexista del equipo de redacción.

Acerca de este manual

El presente manual tiene como objetivo brindar apoyo conceptual e información complementaria al curso para organizaciones de la sociedad civil del Programa Ciudadanía & Sexualidad. El material está organizado en tres secciones principales:

Sección I

La Defensoría del Pueblo y los derechos sexuales y reproductivos

El **Capítulo 1** de esta sección introduce el tema de los derechos sexuales y reproductivos y las normativas existentes en este campo.

El **Capítulo 2** presenta a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, describe sus principales funciones y detalla las actividades desarrolladas por la Adjuntía en Derechos Humanos en el área de los derechos sexuales y reproductivos.

El **anexo** de esta sección describe ejemplos de actuaciones de la Adjuntía en Derechos Humanos en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.

Sección II

Monitoreo de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos

El **Capítulo 1** ofrece información sobre el contexto normativo y sanitario de la ciudad de Buenos Aires.

El **Capítulo 2** detalla las estrategias e instrumentos definidos para el monitoreo técnico de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos. Expone el diagnóstico obtenido a partir de entrevistas realizadas a jefes de servicio y directores de centros de salud y las encuestas administradas a miembros de los equipos de salud y a usuarias.

El **anexo** de esta sección presenta un listado de indicadores surgidos del monitoreo técnico que se proponen para el monitoreo ciudadano.

Sección III

El monitoreo ciudadano de los derechos sexuales y reproductivos

El **Capítulo 1** brinda información sobre los monitoreos ciudadanos y detalla aquellos aspectos que las organizaciones deberán tener en cuenta a la hora de planificar su implementación. También presenta los “indicadores trazadores”, herramientas surgidas del monitoreo técnico para facilitar el trabajo de las ONGs en el monitoreo ciudadano.

El **Capítulo 2** describe los instrumentos y herramientas de incidencia que las organizaciones podrán utilizar empleando los datos obtenidos a través del monitoreo ciudadano.

En el **anexo final** se presentan los instrumentos utilizados en el monitoreo técnico.

Introducción	1
PRIMERA SECCIÓN La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y los derechos sexuales y reproductivos	8
Capítulo 1. Los derechos sexuales y reproductivos	11
■ La sexualidad	12
■ Los derechos sexuales y reproductivos	13
■ Breve historia del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina	14
■ Normativas vigentes en el campo de los derechos sexuales y reproductivos	18
Capítulo 2. La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y los derechos sexuales y reproductivos	21
■ La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires	22
■ La Adjuntía en Derechos Humanos	24
■ La Adjuntía en Derechos Humanos y los derechos sexuales y reproductivos	25
■ Principales actuaciones en el área de los derechos sexuales y reproductivos	29
• Promoción de derechos sexuales y reproductivos	30
• Defensa de los derechos sexuales y reproductivos	31
• Control del respeto de los derechos sexuales y reproductivos	47
ANEXO SECCIÓN I	
Ejemplos de actuaciones de la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en el campo de los derechos sexuales y reproductivos	53
GLOSARIO SECCIÓN I	54

SEGUNDA SECCIÓN

Monitoreo de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos	55
---	----

Capítulo 1. Contexto normativo y sanitario de la salud sexual y reproductiva de la ciudad de Buenos Aires	59
--	-----------

■ Contexto normativo y sanitario de la ciudad de Buenos Aires	60
■ Diagnóstico de situación de la salud sexual y reproductiva	62
■ El sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires	66
■ Marco normativo relativo a las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva	67

Capítulo 2. Modelo de monitoreo técnico de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos. Estrategias e instrumentos	75
--	-----------

■ Monitoreo de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos	77
● Estrategia I: análisis del perfil de las demandas de la ciudadanía y de las actuaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires	79
● Estrategia II: análisis de las mediciones realizadas por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires a los efectores de la red asistencial - 2000 y 2002-	82
● Estrategia III: diagnóstico de la política pública de salud sexual y reproductiva de la ciudad de Buenos Aires: el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	84
■ Diagnóstico de la política pública de salud sexual y reproductiva de la ciudad de Buenos Aires	88
● Principales resultados de las entrevistas a jefes de servicios de hospitales y directores de centros de salud	88
● Principales resultados de la encuesta a profesionales	92
● Principales resultados de la encuesta a usuarias	96
● Principales resultados de la observaciones en los servicios de salud	100

ANEXO SECCIÓN II

Propuesta de indicadores para el monitoreo ciudadano	101
--	-----

GLOSARIO SECCIÓN II	108
---------------------	-----

TERCERA SECCIÓN

El monitoreo ciudadano de los derechos sexuales y reproductivos 111

Capítulo 1. El monitoreo ciudadano 113

- Monitoreo Ciudadano. Información general 114
- Planificación y organización de un monitoreo ciudadano 116

Capítulo 2. Herramientas de trabajo para el monitoreo ciudadano 121

- “Indicadores trazadores” 123
- El trabajo con los “Indicadores trazadores” 125

Capítulo 3. Cómo incidir a partir de los resultados obtenidos en el monitoreo ciudadano 127

- ¿Cómo proceder a partir de los resultados obtenidos en el monitoreo? 128
- Instrumentos básicos de incidencia 128
- Herramientas formales y no formales de incidencia 131
 - Herramientas formales de incidencia 132
 - Herramientas no formales de incidencia 137
- Redes y coaliciones. 140
- Ejemplos 142

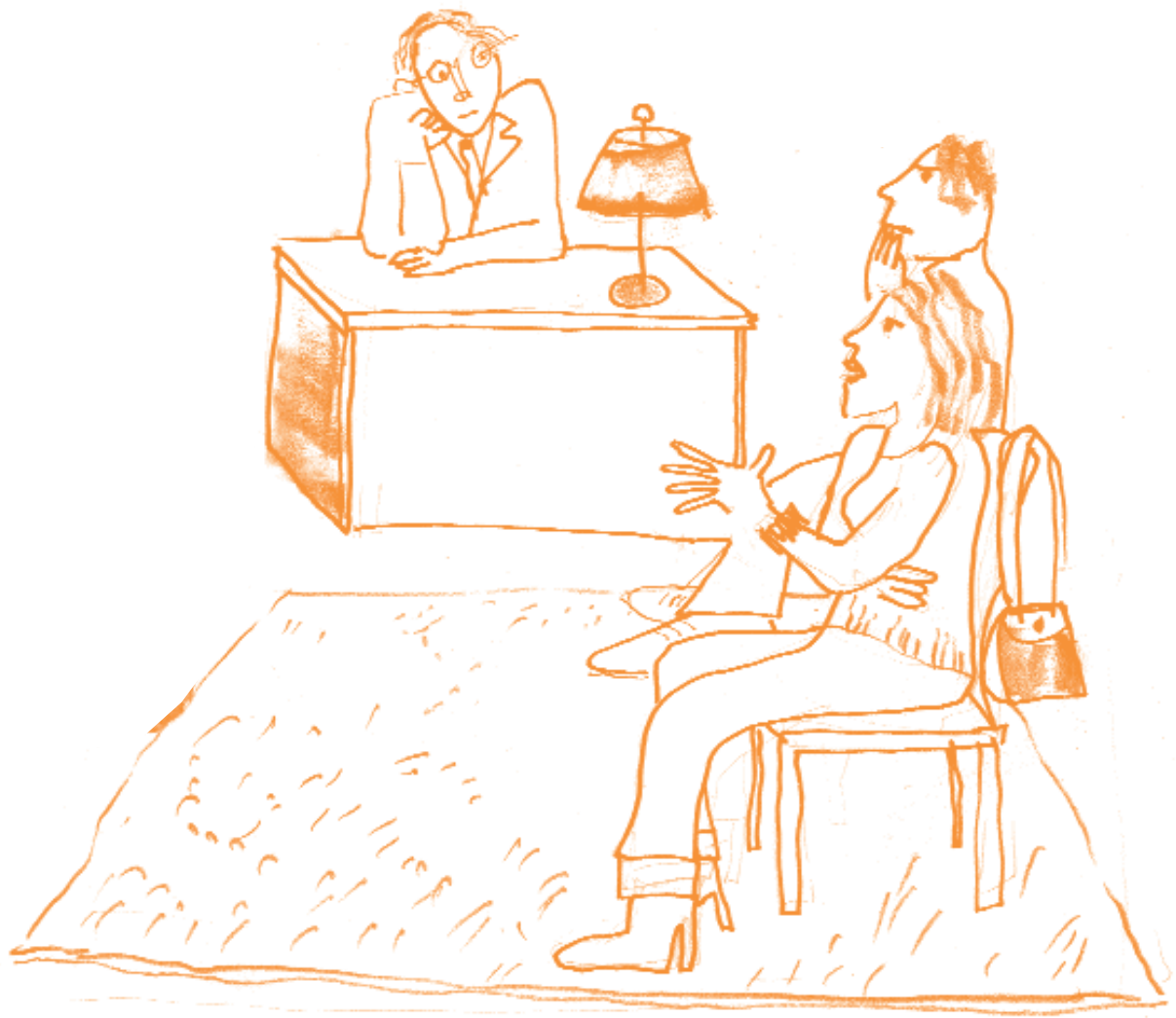
GLOSARIO SECCIÓN III 144

A modo de cierre 147

ANEXO FINAL

Instrumentos utilizados en el Monitoreo Técnico 148

Listado de Organizaciones 178





Capítulo I

Los derechos sexuales y reproductivos

La sexualidad

La sexualidad está presente a lo largo de toda la vida de los seres humanos y se manifiesta en el ámbito individual, en el familiar, en el de la comunidad y la sociedad en su conjunto. Es un fenómeno complejo en el que convergen cuestiones corporales, culturales, sociales y políticas. Está estrechamente relacionado con la identidad, la autoestima y el desarrollo personal, con la comunicación y el fortalecimiento de vínculos con otras personas, el placer y la reproducción.

Al ser considerado un aspecto sólo del ámbito íntimo de las personas, sus facetas sociales han quedado relegadas y acalladas. La obligación del Estado de garantizar las condiciones que permiten alcanzar una sexualidad plena y segura no es percibida como un derecho legítimo de ciudadanas y ciudadanos.

Los derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y su capacidad reproductiva. Suponen el ejercicio de la sexualidad y la orientación sexual libre de discriminación, coacción o violencia, así como el acceso a la información sobre el cuerpo, la educación y la salud sexual. El ejercicio de estos derechos implica la posibilidad y la capacidad de decidir respecto de tener hijos en condiciones que hagan posible elecciones libres y seguras.

Se sustentan en el reconocimiento y respeto a los derechos humanos universales y de las garantías establecidas en nuestra Constitución Nacional, en la de la ciudad de Buenos Aires, y en los convenios y tratados internacionales suscriptos y ratificados por el Estado.

Los derechos sexuales y reproductivos son condición indispensable del ejercicio de una ciudadanía plena.

Breve historia del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina

Extraído de CEDES, Área Salud, Economía y Sociedad: "La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2002-2003, un período de avances y retrocesos", en CELS *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2002-2003*, Buenos Aires, 2003.

Si bien la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos adquirieron relevancia internacional en la década del ochenta, en nuestro país estas cuestiones comenzaron a debatirse diez años después. Durante largo tiempo, el lento crecimiento demográfico -producto del declive de la tasa de natalidad, determinada por los limitados niveles de fecundidad- y consideraciones de orden geopolítico, dieron forma y argumentos a una ideología pronatalista que permeó las políticas y programas de población y de salud pública en la Argentina¹.

Hasta la década de los noventa, el silencio sobre la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de la población -en particular de las mujeres- se debió básicamente a dos motivos. Por un lado, las restricciones normativas con relación a la planificación familiar vigentes en la Argentina desde mediados de la década del setenta hasta mediados de los años ochenta y, por otro, la ausencia de un debate en la sociedad que ubicara en el centro de la agenda pública los intereses y derechos de las mujeres respecto de la sexualidad y la reproducción.

1974 - 1977 :::

En 1974, el gobierno de Isabel Perón sancionó el decreto 659, que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad y establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos, así como la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. En 1977, la dictadura militar firmó el decreto 3.938 que contenía los "Objetivos y Políticas Nacionales de Población", entre los que se incluía el de "eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad".

1985 :::

En 1985, la Cámara de Diputados ratificó por ley la Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). En esta Convención, en el artículo 10, los Estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el "acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia". En el artículo 16 de esa convención, los

¹ Llovet, J. J. y Ramos, S., "La planificación familiar en la Argentina: salud pública y derechos humanos", en *Cuadernos Médicos Sociales N° 38*, Buenos Aires, diciembre de 1986.

Estados se comprometen a adoptar medidas que "aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en los derechos a elegir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos".

Si bien tuvieron que transcurrir algunos años de reinstalado el régimen democrático, finalmente las normas restrictivas fueron derogadas. A fines de 1986, mediante el decreto 2.274, se dejó sin efecto el decreto 659/74 y así se levantaron las prohibiciones que habían regido en los servicios públicos de salud y de obras sociales; pero este cambio normativo no supuso la inmediata ni generalizada implementación de acciones positivas. La primera iniciativa de política pública fue llevada adelante recién en 1988 por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, al poner en marcha el Programa de Procreación Responsable dirigido a suministrar información y asistencia en anticoncepción.

∴ 1986

En 1994, la reforma de la Constitución Nacional implicó decisiones que resultaron clave para la defensa y la promoción de los derechos de las mujeres en nuestro país. La más importante fue la incorporación de la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer al texto constitucional (artículo 75, inciso 22). De esta forma, los derechos consagrados en la CEDAW, así como las obligaciones del Estado para con su ejercicio fueron de aplicación inmediata.

∴ 1994

En ese mismo proceso, el Ejecutivo nacional intentó introducir en el texto de la nueva Constitución un artículo que garantizara "el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural" que finalmente no fue aceptado por los constituyentes. De haberlo sido, esta iniciativa hubiera significado un retroceso respecto de la situación normativa sobre el aborto en el país. En efecto, la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal en la Argentina y está tipificada como un "delito contra la vida" en el Código Penal. Las penas previstas son de un mínimo de uno a cuatro años de reclusión o prisión a quien lo cause con consentimiento de la mujer, y un máximo, que podría elevarse hasta quince años, si el hecho tuviera lugar sin ese consentimiento y fuere seguido de la muerte de la mujer. Por su parte, la mujer que causase su propio aborto o consintiese que otro se lo cause puede sufrir una pena de prisión de uno a cuatro años. El Código Penal establece dos circunstancias en las cuales "el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible". La primera, "si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios"; la segunda, "si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o

demente", requiriéndose el consentimiento de su representante legal².

1995-1997 ...

En 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley que creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, uno de cuyos principales objetivos era "asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente" (artículo 1). Este proyecto de ley perdió estado parlamentario a fines de 1997, debido a que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento en los plazos previstos.

1994-1995 ...

A partir de la apertura del debate público que provocó la discusión parlamentaria de esta ley en el plano nacional, de las acciones de sensibilización desarrolladas por el movimiento de mujeres, y de los acuerdos internacionales logrados en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la V Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país. Actualmente, la ciudad de Buenos Aires y todas las provincias -con excepción de Salta- tienen leyes y/o programas de salud reproductiva³. En todas estas jurisdicciones se está llevando adelante, con diferentes grados de implementación, el Programa Nacional (esto significa que se da información y consejería en los efectores y que hay distribución de insumos).

+ INFORMACIÓN

A la fecha, cuentan con leyes de salud reproductiva las provincias de Buenos Aires (13.066/03); Córdoba (8.535/96); Corrientes (5.146/96, y 5527/03); Chaco (4.276/96); Chubut (4.545/99); Entre Ríos (9.501/03); Jujuy (5.133/99); La Pampa (1.363/91); La Rioja (7.049/00); Mendoza (6.433/96); Neuquén (2.222/97); Río Negro (3.059/96 y 3450/00); Santa Fe (11.888/01); Tierra del Fuego (509/00), Tucumán (6.523/94), Santa Cruz (2.656/03), San Luis (5.344/02 y decreto 127/03). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires también cuenta con una ley (ley 418/00), y en la provincia de Misiones se sancionó un decreto (92/98).

1997-1998 ...

En su mayoría, esas leyes crean programas o servicios de asesoramiento, atención y provisión de métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer génito-mamario y enfermedades de transmisión sexual, y sólo en algunos casos se establecen acciones articuladas con otros sectores como educación o seguridad social. El grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil debido a que en muchas ocasiones los programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos y actividades de promoción, así como también obstáculos institucionales e ideológicos para llevar adelante acciones de este tipo³.

En 1997, el Comité permanente instituido por la CEDAW con facultades de control, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones asu-

² Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I.

³ Cesilini, S. y Gherardi, N. (eds.), *Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina*, Banco Mundial, Buenos Aires, 2002.

midas por los Estados parte en el tratado, recomendó al gobierno argentino revisar la legislación sobre el aborto. El gobierno no respondió a esta recomendación en los años posteriores. En sintonía con la política encarada en 1994 a raíz de la reforma de la Constitución Nacional, en 1998, a través de un decreto nacional, el presidente Carlos Menem estableció el 25 de marzo como "Día del niño por nacer".

∴ 1997-1998

En otra iniciativa parlamentaria, en el año 2001, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al proyecto de ley para crear el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Luego de reiteradas dilaciones, el proyecto fue aprobado por la Cámara de Senadores en octubre de 2002 (ley 25.673).

∴ 2001-2002

El Ejecutivo reglamentó esta ley a través del decreto 1282/03 en mayo de 2003. El Programa Nacional destinado a la población general, tiene como objetivo: alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable a fin de que la población pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia, disminuir la morbimortalidad materna e infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes, contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y patologías génito-mamarias, garantizar el acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable.

∴ 2003

Normativas vigentes en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos

GLOSARIO

Tratados internacionales: Acuerdos internacionales celebrados por escrito entre Estados y regidos por el derecho internacional.

Rango constitucional: La reforma de 1994 asigna jerarquía constitucional a una serie de tratados internacionales ratificados por la República Argentina.

Normas de alcance federal: Leyes dictadas por el Congreso de la Nación (excluyendo las llamadas leyes nacionales comunes); y las normas de rango inferior procedentes de una autoridad nacional que no versen sobre cuestiones de derecho común.

Los **tratados internacionales** con **rango constitucional** incluyen principios que se aplican al área de la salud sexual y reproductiva.

Además de las normas con jerarquía constitucional, en el orden nacional las múltiples dimensiones de la cuestión reproductiva se encuentran reguladas por **normas de alcance federal**. La ciudad de Buenos Aires incorporó expresamente los derechos sexuales y reproductivos en su texto constitucional, y adoptó una ley específica en materia de salud reproductiva y procreación responsable⁴.

Los derechos sexuales y reproductivos tienen sustento en diferentes tratados y convenciones internacionales de derechos humanos, cuya jerarquía constitucional fuera consagrada por el artículo 75 inc. 22 de nuestra Carta Magna.

Entre ellos, la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**⁵, específicamente en su art. 12.1 establece que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” y en el segundo párrafo que “los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”. En su art. 14.2 dispone que los Estados deberán asegurar el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia. En el art. 16 inc. e) dispone que los Estados partes asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

El **Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales, y Culturales**⁶ garantiza también el derecho de gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, reforzando los cuidados de la salud reproductiva como un componente de los cuidados de la salud en general. Este derecho incluye la investigación científica en cuestiones de salud física y mental, el desarrollo de sistemas de salud y de cuidados preventivos, a través de la biología, la far-

⁴ Ley n° 418 s/ modif. Ley n° 439

⁵ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue promulgada en el año 1981.

⁶ El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales, y Culturales fue promulgado el 16 de diciembre de 1966.

macéutica, y otras ciencias médicas, que contribuyen a la protección de la salud reproductiva. Supone además, que los gobiernos deben promover la investigación y el progreso científico en el campo de la salud reproductiva, especialmente en lo que respecta a los avances en contracepción de emergencia, tratamientos de infertilidad y métodos alternativos para la prevención de las E.T.S.

La **Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**⁷, por su parte, en su artículo 37° establece: “Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos...”.

La **Ley Básica de Salud** de la ciudad de Buenos Aires (Ley N° 153, dictada en el año 1999) incluye en su texto los derechos reproductivos: el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen los derechos reproductivos. Dentro de las funciones del sistema de salud establece la obligación de garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas. Esta ley es el antecedente directo de la **Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable** que se dicta en **junio del 2000** con el objetivo de orientar las políticas locales en materia de salud reproductiva⁸. En su artículo 4° inc. c) establece como objetivos generales: “garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que llo requieran para promover su libre elección”, en su inc. m) establece como objetivo general el de “contribuir a la prevención del embarazo no deseado”. Con la finalidad de efectivizar dichos principios, su artículo 7° establece, entre las acciones que el sistema de salud pública debe garantizar, la provisión de métodos anticonceptivos y de las prácticas médicas apropiadas para cada caso, los que deben ser elegidos voluntariamente por las pacientes, debidamente informadas por el profesional interviniente.-

Los fundamentos en los que se basan los derechos sexuales y reproductivos son el derecho a la **autonomía** de la persona humana y la privacidad, consagrados por el artículo 19 de la Constitución Nacional.

El artículo 19 de nuestra Carta Magna dispone que: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

GLOSARIO

Autonomía: La autonomía debe entenderse como la libertad personal de elegir según los propios criterios. El sujeto autónomo es capaz de comprender la ley y decidir en función de ella.

⁷ La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue promulgada el 27 de octubre de 1998.

⁸ La Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable fue promulgada en la ciudad de Buenos Aires en el año 2000.



Capítulo 2

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y los derechos sexuales y reproductivos

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

La ciudad de Buenos Aires inició el camino de la autonomía en el año 1996 con la sanción de su Constitución, una de las más modernas a escala internacional. En su artículo 137 establece la institución de la Defensoría del Pueblo como uno de los órganos de control de la ciudad de Buenos Aires.

Sus funciones son *la defensa, protección y promoción de los derechos humanos y demás derechos y garantías e intereses individuales, colectivos y difusos tutelados en la Constitución Nacional, la Constitución de la Ciudad y las leyes, frente a los actos, hechos u omisiones de la administración, de prestadores de servicios públicos y de las fuerzas de seguridad local, así como los actos de naturaleza administrativa de los poderes del Estado y de los órganos de control.*⁹

GLOSARIO

Organismo autónomo y autárquico: La Defensoría del Pueblo tiene autonomía funcional, ya que no tiene vinculación orgánica con ninguno de los órganos del poder locales (Ejecutivo, Legislativo, Judicial); y autarquía financiera, porque sus recursos financieros -establecidos anualmente en la Ley de Presupuesto- son administrados por el/la Defensor/a del Pueblo con independencia de los restantes órganos del poder.

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires es un **organismo autónomo y autárquico** que no recibe instrucciones de ninguna autoridad. Está a cargo de un Defensor/a del Pueblo y cuatro Defensores/as Adjuntos/as con áreas de especialización temática, que son elegidos/as por un mandato de cinco años no coincidente con los períodos de gobierno.

Las Adjuntías o áreas de especialización son:

- **Políticas sociales** en general; y en particular destinadas a personas mayores, personas con necesidades especiales, trabajo, seguridad social, turismo y mediación comunitaria.
- **Administración pública** y prestación de los servicios públicos de la ciudad en general; y en particular políticas de salud, cultura, educación, ciencia y tecnología, juventud, deporte, consumidores, usuarios, economía, finanzas y presupuesto.
- **Derechos Humanos y Seguridad**, fuerzas policiales y de seguridad, institutos carcelarios, igualdad entre varones y mujeres, derechos de niños, niñas y adolescentes, derechos de las minorías, y libertad de expresión.
- **Ambiente**, comunicaciones, hábitat y urbanismo.

⁹ Ley Orgánica N°3 de la ciudad de Buenos Aires

¿Cómo procede la Defensoría del Pueblo?

Ante una situación que afecte los derechos de los ciudadanos, la Defensoría inicia una investigación sumaria con el objetivo de restablecer las libertades vulneradas, es decir los derechos violados.

Tanto los organismos públicos como los particulares están obligados a prestar colaboración en las investigaciones. El incumplimiento de este deber por parte de un empleado o funcionario público configura una causa de mal desempeño, quedando habilitada la Defensoría del Pueblo para requerir la aplicación de la sanción administrativa adecuada. Asimismo, en caso de violaciones de derechos o ante la presunta comisión de actos ilícitos, el organismo se encuentra legalmente habilitado para promover la acción judicial correspondiente.

La Defensoría del Pueblo es un “magisterio de opinión”, por este motivo se espera que sus **resoluciones** cumplan una función “pedagógica” dando cuenta de los fundamentos jurídicos sobre los cuales se basan las recomendaciones propuestas.

GLOSARIO

Resoluciones: actos administrativos originados por la Defensoría del Pueblo que pueden contener exhortaciones, recordatorios de derechos y obligaciones, o recomendaciones.

La Adjuntía en Derechos Humanos

La Adjuntía en Derechos Humanos, a cargo de la Dra. Maffía, está concebida desde una perspectiva amplia de compromiso activo de protección y promoción de derechos, y no sólo de recepción y tramitación de denuncias.

Los derechos humanos son entendidos, avanzando sobre la definición tradicional que se limita a los derechos civiles y políticos, incluyendo los derechos sociales, económicos y culturales, en consonancia con los criterios adoptados por las Naciones Unidas.

Puesto que **sólo es posible un proceso de construcción de ciudadanía entendida como el pleno disfrute de los derechos en condiciones de equidad**, y en tanto las profundas desigualdades sociales vulneran la igualdad de oportunidades y de trato, el eje de trabajo de la Adjuntía de Derechos Humanos ha sido definido como la promoción de derechos con grupos vulnerables, con especial énfasis en algunas temáticas como:

- Maltrato en niños, niñas y adolescentes
- Equidad e igualdad de oportunidades
- Derechos sexuales y reproductivos
- Discriminación
- Discapacidades
- Libertad de expresión

La Adjuntía en Derechos Humanos y los derechos sexuales y reproductivos

En el área de la salud sexual y reproductiva, la Defensoría del Pueblo cumple con un doble rol: a la vez que promueve y garantiza el ejercicio de los derechos, controla su efectivo cumplimiento.

La Adjuntía en Derechos Humanos desde el comienzo de su gestión ha definido este tema como prioritario y se ha planteado el compromiso de ir generando mecanismos de gestión que permitan la construcción de una red de instituciones y personas comprometidas con la cuestión. El trabajo desarrollado en estos años ha llevado a la institución a constituirse en un organismo reconocido para garantizar la efectividad de los derechos tanto de proveedores de salud como de usuarios y usuarias de agencias de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, así como en una instancia de referencia para la ciudadanía involucrada con las políticas de salud reproductiva.

Un objetivo importante de la Adjuntía ha sido privilegiar la resolución de los casos en instancias administrativas a fin de evitar la judicialización innecesaria de situaciones conflictivas que requieren un tratamiento rápido. En ese marco, se ha trabajado en difundir dentro del ámbito de la salud el no requerimiento de la intervención judicial para actuar en casos específicos, tales como la ligadura tubaria o el aborto no punible.

Como parte esencial de esta tarea, desde la Adjuntía se han alentado criterios amplios de intervención, formas jurídicas novedosas como el **amicus curiae** presentado al Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad en defensa de la constitucionalidad de la Ley 418, y los dos **consensos de expertos** convocados por la Defensoría. El primero de ellos estableció en el año 2000 una recomendación sobre ligadura de trompas que impulsó la resolución de la Secretaría de Salud sobre el tema (resolución 874/03). En el año 2003 se convocó a un nuevo consenso con el objetivo de determinar criterios respecto a los alcances y límites de las obligaciones estatales y los deberes y derechos familiares en relación al derecho a la salud integral de niños, niñas y adolescentes. Las definiciones de este consenso originaron una nueva reglamentación por parte del ejecutivo de la ciudad, el decreto GCBA N°2316/03, que modificó el decreto reglamentario de la Ley Básica de Salud (N° 208/01).



Derecho a la salud integral de niños, niñas y adolescentes

“En el caso de los adolescentes, como el Código Civil habla de la patria potestad de los padres sobre los hijos e hijas, hay quienes interpretan erróneamente que los padres pueden oponerse a que sus hijos reciban educación sexual o atención en los servicios de salud. La educación y la salud son derechos, y es función de la patria potestad de los padres garantizar el ejercicio de los derechos, no obstaculizarlo. Un padre no podría, apelando a la patria potestad, dejar de mandar a su hijo a la escuela. De la misma manera, tampoco le puede impedir que consulte por su cuenta en un servicio de salud”.

Diana Maffía



INFORMACIÓN

AMICUS CURIAE (en castellano, Amigos del Tribunal) Los “amici curiae” son presentaciones que pueden realizar terceros ajenos a una disputa judicial con un justificado interés en la resolución final del litigio a fin de expresar sus opiniones en torno a la materia a través de aportes de trascendencia para la sustentación del proceso judicial.



INFORMACIÓN

CONSENSO DE EXPERTOS El consenso de expertos consiste en un proceso a partir del cual se convoca a especialistas de reconocida trayectoria y de distintas posiciones a fin de establecer acuerdos mínimos sobre los cuales apoyar decisiones. Luego de debatir los aspectos sociales, jurídico-legales, bioéticos y técnico-médicos de los temas, se elaboran documentos de manera consensuada que proponen fundamentados aportes, en este caso, para asegurar el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva.

El Programa Ciudadanía y Sexualidad

Como fruto del trabajo llevado adelante desde el comienzo de la gestión, la recepción de denuncias y la sanción de la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, la Defensoría decidió poner en marcha hacia fines del año 2002 el Programa Ciudadanía y Sexualidad. Su principal objetivo ha sido impulsar en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires el control, la defensa y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

El programa se propone:

- Difundir y promover los derechos sexuales y reproductivos
- Contribuir a fortalecer la conciencia ciudadana sobre su existencia y exigibilidad
- Orientar sobre la forma de ejercerlos, garantizarlos y reclamar en casos de incumplimiento.

La defensa de los derechos sexuales y reproductivos es un proceso de construcción colectiva que exige el compromiso de todas las personas e instituciones que forman parte de una sociedad democrática. Por este motivo, el Programa Ciudadanía y Sexualidad integra diversos sectores sociales que cumplen roles y funciones claves para la visibilidad y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos.

Aún cuando existen leyes que regulan los derechos sexuales y reproductivos, suelen haber muchas barreras para que estos derechos puedan ejercerse ampliamente. Una de esas barreras tiene que ver con el acceso a la justicia, es decir, la posibilidad de reclamar ante la justicia si el derecho no se cumple. En eso consiste la exigibilidad de un derecho. La Defensoría del Pueblo está abierta como instancia de reclamo ante cualquier violación o incumplimiento.

Las distintas etapas

El Programa se ha organizado en distintas fases o etapas:

Etapas de Investigación. En esta etapa se llevaron adelante diferentes relevamientos con el fin de controlar el cumplimiento por parte de los efectores de salud de las normativas existentes en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. La Defensoría inició este trabajo luego de la sanción de la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En el año 2001 realizó un primer relevamiento a través de pedidos de informes a directivos

de las agencias de salud pública de la ciudad de Buenos Aires. Con el objetivo de implementar un seguimiento sistemático, en el año 2002 se le solicitó al CEDES modificar la estructura de la encuesta a fin de contar con un instrumento que permitiera establecer mediciones adecuadas en el tiempo y evaluar avances o retrocesos en el cumplimiento de las normativas. En el año 2003 el CEDES llevó adelante un diagnóstico más completo integrando diferentes tipos de estudios, que se detallan en la segunda sección de este manual.

Etapas de Acciones. Esta etapa abarca la recepción y tratamiento de denuncias, las actuaciones de oficio de la Defensoría -aquellas en las que se actúa sin mediar queja o denuncia- y las acciones que se implementarán durante el monitoreo ciudadano. Muchas de las denuncias que se reciben devienen en intervenciones de la Defensoría, que formula recomendaciones o deriva los casos a centros de atención jurídica gratuita para su judicialización.

Etapas de Comunicación. Esta fase - transversal a todo el Programa- se ocupa de la difusión de las acciones llevadas adelante así como de divulgar los resultados obtenidos en el diagnóstico y monitoreo técnico. También comprende la realización de materiales informativos y el diseño e implementación de acciones de capacitación.

Capacitación

Previo a las instancias de capacitación se realizó una convocatoria a organizaciones de mujeres y de derechos humanos para informarlas acerca del programa, invitarlas a participar de la capacitación y transmitirles la intención de la Defensoría de apoyar el monitoreo ciudadano.

El objetivo del monitoreo ciudadano es obtener datos sobre la implementación de las políticas públicas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos con el fin de que las organizaciones de mujeres y de defensa de los derechos humanos lleven adelante actividades de incidencia en el área.

Principales actuaciones de la Defensoría en el campo de los derechos sexuales y reproductivos

La Defensoría del Pueblo formula advertencias, recomendaciones, y propuestas para mejorar el funcionamiento de las agencias públicas. Sus recomendaciones no son vinculantes, es decir que no revisten carácter obligatorio respecto de sus destinatarios, pero si dentro del plazo fijado la autoridad administrativa afectada no adopta una medida adecuada, o no informa las razones para no hacerlo, la Defensoría del Pueblo puede poner en conocimiento de la máxima autoridad involucrada los antecedentes del asunto y las recomendaciones propuestas, todo ello sin perjuicio de la facultad de accionar judicialmente. En esta línea de trabajo, se realizaron diversas intervenciones a partir de presentaciones de usuarias de servicios de salud. Las principales resoluciones referidas a la salud sexual y reproductiva corresponden a casos de embarazo incompatible con la vida, aborto no punible, ligadura tubaria y acceso a técnicas de reproducción asistida.

Estrategias de intervención en el campo de los derechos sexuales y reproductivos

En términos generales, la actividad de la Adjuntía se ha desarrollado sobre la base de sus principales objetivos en el área:

- **Promoción de los derechos sexuales y reproductivos**
- **Defensa de los derechos sexuales y reproductivos**
- **Control del respeto de los derechos sexuales y reproductivos**

Promoción de derechos sexuales y reproductivos

- **Desarrollo de actividades de capacitación dirigidas a profesionales del campo de la salud**
- **Participación en instancias de discusión y decisión**

∴ enero 2003 ∴ Intervención en las sesiones de discusión del proyecto de Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: integración de paneles y mesas redondas en eventos científicos - enero 2003 -

enero 2003 ∴ Presentación del Programa Ciudadanía y Sexualidad ante la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a fin de comprometer la participación conjunta en el monitoreo de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en los hospitales públicos de la ciudad - enero de 2003 -

abril 2003 ∴ Vinculación con el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a fin de evaluar la implementación de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable - abril 2003 -

- **Actividades de transferencia de conocimiento**

mayo - junio 2003 ∴

- Integración del Programa de evaluación externa de las actividades de investigación científica de la Universidad de Buenos Aires (UBA) - mayo-junio 2003 -

septiembre 2002 ∴

- Seminario sobre derechos reproductivos en el marco del Foro Social Mundial (Buenos Aires) organizado conjuntamente por la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo, el CEDES y el Programa de investigación sobre aborto hospitalizado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) - septiembre 2002 -

septiembre 2002 ∴

- Participación en las Segundas Jornadas de Bioética de la Ciudad de Buenos Aires organizadas por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires realizado en el Centro Cultural San Martín - septiembre 2002 -

marzo 2003 ∴

- Elaboración y difusión de bibliografía especializada sobre el tema dirigida a los profesionales del campo de la salud: "Principales normas vigentes en el campo de los derechos sexuales y reproductivos / Información para profesionales de la salud" - marzo de 2003-

Defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

La función de **defensa** de derechos sexuales y reproductivos se ha concentrado principalmente en los siguientes ejes temáticos:

- **Ligadura tubaria**
- **Embarazo incompatible con la vida**
- **Acceso a prestaciones sanitarias gratuitas de reproducción asistida**
- **Salud reproductiva de la población adolescente**

Como se explicó previamente, en estos casos se privilegió la intervención expeditiva para que la resolución de los conflictos se resolviera en instancias administrativas a fin de evitar la judicialización innecesaria de situaciones que requieren un tratamiento urgente. Asimismo, se trabajó para asegurar que los funcionarios públicos intervinientes asumieran sus plenas responsabilidades.

Otras áreas temáticas referidas a derechos sexuales y reproductivos en las que se intervino son:

- **Derecho a la identidad sexual**
- **Derecho al embarazo y parto respetuoso y seguro**

DEFINICIÓN



Ligadura tubaria o lisis tubaria

La ligadura tubaria es un procedimiento quirúrgico simple y sin riesgo. Consiste en el bloqueo o corte de las trompas de Falopio que son las que llevan los óvulos de los ovarios al útero. Con las trompas bloqueadas, el óvulo de la mujer no puede encontrarse con los espermatozoides del hombre.¹⁰ Es un método de infertilización femenina, no de esterilización ya que actualmente ha dejado de ser irreversible.

GLOSARIO

Anastomosis: Unión de unos elementos anatómicos con otros como, por ejemplo, dos venas entre sí.

Laparoscopia: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se introduce a través de una pequeña incisión en la pared abdominal, torácica o pelviana un instrumento de fibra óptica que permite realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

En cuanto a los efectos de la intervención quirúrgica resulta esclarecedor lo manifestado por el doctor Nicholson en oportunidad de haber sido convocado por la Comisión de Salud de la Legislatura de la ciudad de Buenos Aires para que brindara asesoramiento científico sobre el tema: *“...todo el mundo cree que la llamada ligadura tubaria es irreversible. Eso no es así. En muchos lugares del mundo hay estadísticas que demuestran que mujeres que se han seccionado las trompas (...) si se hacen la **anastomosis** en la terminal de las trompas seccionadas tienen un setenta u ochenta por ciento de posibilidad de éxito. Incluso, hay procedimientos más fáciles como la colocación de unos clips que se sitúan por **laparoscopia** y se produce la obstrucción tubaria. Si la mujer resuelve tener hijos, vuelve a hacerse otra laparoscopia, se sacan los anillos o los clips y puede perfectamente volver a quedar embarazada”¹¹.*

Crterios jurídicos aplicables a la resolución de los casos

La decisión de someterse a una práctica de infertilización es una conducta del orden de lo privado, que se refiere exclusivamente a la persona que cuida o “descuida” su salud. Intervenir judicialmente implica una intromisión inconstitucional ya que se trata de acciones privadas reguladas por nuestra Constitución.

¹⁰ Hatcher RA, Ribehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. *Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva*. Baltimore, Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población, 1999. (Capítulo 9, página 4).

¹¹ Versión taquigráfica de la sesión del día 6 de octubre de 1999.

En cuanto a la normativa específica, la Ley 17.132 - de Ejercicio de la Medicina en la ciudad de Buenos Aires, en su artículo 19 inc. 3º, párr. 2º, indica que “en las operaciones mutilantes, se solicitará la conformidad por escrito del paciente salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitieran dilaciones”.

Por su parte, el artículo 20 inc. 18 establece que queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores”.

En base a esta normativa aplicable, se legitima una ligadura de trompas cuando se encuentran reunidos los siguientes requisitos:

- a) **consentimiento expreso** de la paciente
- b) indicación terapéutica determinada
- c) agotamiento previo de todos los recursos conservadores de los órganos reproductivos

Avances en el tratamiento de la ligadura tubaria

Se advierten una serie de cambios institucionales en el abordaje de la problemática por parte de los proveedores del sistema de salud pública, tales como:

- Disminución de frecuencia de judicializaciones
- Los profesionales de la salud asumen responsabilidades en la práctica de la ligadura tubaria
- Mejores comunicaciones entre la Defensoría y los Directores y/o Jefes de Servicio y/o Asesores Legales de los Hospitales. Estos progresos traen como consecuencia una mejor y más rápida respuesta frente a las demandas de intervención

Desde el punto de vista de las regulaciones formales, uno de los avances de mayor relevancia está dado por el reciente dictado de la Resolución 874/03 de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que constituye una síntesis del proceso de construcción de consensos impulsado por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad desde el año 2000.¹²

La resolución establece el procedimiento en que debe suministrarse atención profesional frente a las solicitudes de ligaduras tubarias, disponiéndose que la práctica "... será accesible a las mujeres cuando exista una indicación terapéutica precisa por parte del/la médico/a o el equipo interdisciplinario de salud tratante, basada en pronósticos que indiquen un riesgo a la vida o a la salud entendida como una integridad bio-psico-social (...) sólo se realizará previo consentimiento informado de la mujer (...) no requiere autorización judicial, ya que es una decisión que se encuentra en el ámbito de la esfera personalísima de la mujer...".

En el contexto del Programa Ciudadanía y Sexualidad se han tramitado en instancias administrativas 21 actuaciones referidas al tema de ligadura tubaria. Como parte de su rol pedagógico, la Defensoría se propuso enfatizar en las distintas intervenciones los derechos en juego, reseñar su alcance, difundir la interpretación jurisprudencial aplicable al concepto amplio de salud y señalar las responsabilidades profesionales comprometidas.

Consentimiento expreso: Principio básico de la relación médico-paciente que impone el deber al profesional de suministrar información completa y veraz de manera que el o la paciente la pueda comprender para adoptar cualquier decisión relativa a su salud. De acuerdo con la Ley 153 Básica de Salud, esta información debe suministrarse por escrito, salvo casos de excepción.

¹² En el año 2000 la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires convocó a un consenso de expertos con el objeto de establecer los aspectos médicos, éticos, sociales y jurídicos del tema. Participaron del evento diferentes disciplinas quienes abordaron la problemática, formulando una serie de conclusiones que orientarían la reforma normativa a cargo de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La mejora en las comunicaciones con los directores, jefes de servicio y asesores legales de los hospitales es otro punto a destacar. Así, durante la tramitación de las Actuaciones, el contacto fluido agiliza notoriamente la resolución de las causas.

Embarazo incompatible con la vida

- Anencefalia -

DEFINICIÓN



La **anencefalia** es una enfermedad fetal incompatible con la vida, es decir que el feto gestado es absolutamente incapaz de sobrevivir luego del parto. Se caracteriza por la ausencia de los hemisferios cerebrales, la estructura ósea del cráneo y el cuero cabelludo. Su aparición ocurre entre los días 24 y 26 después de la fecundación por un defecto en el cierre del tubo neural que es la estructura a partir de la cual se formarán el sistema nervioso y sus envolturas.

El dictamen del Comité de Ética del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata (30 de septiembre de 1997) establece que “teniendo en cuenta que la anencefalia es la falta -o desarrollo incompleto- del cerebro, es fatal en un porcentaje del 100%, que quienes lo padecen no tienen viabilidad, el obligar a la mujer a proseguir con el embarazo constituye un peligro cierto para su salud que no puede evitarse sino con la interrupción del mismo”.

Hasta el presente, la Defensoría ha tramitado en sede administrativa 3 actuaciones relativas a pedidos de inducción al parto. Dos de los casos han sido resueltos favorablemente, y en el restante no se llevó adelante la inducción del parto debido a diagnosticarse que no se trataba de una patología incompatible con la vida.

Crterios jurídicos aplicables a la resolución de los casos

Los derechos constitucionales involucrados en esta problemática son, por un lado, el derecho a la vida de la persona por nacer y, por el otro, el derecho a la salud física y psicológica de la madre y su núcleo familiar. La resolución de este tipo de conflictos por ende, debe tender a una adecuada armonización de los intereses en juego.

El derecho a la vida es un derecho esencial e innato que corresponde a la persona por el sólo hecho de serlo, goza del mismo desde su concepción en el seno materno.

La salud debe entenderse en un sentido amplio como un estado completo de bienestar no sólo físico sino también psíquico y social.

En situaciones en las que indefectiblemente el feto está destinado a morir,

el principio “pro minoris” que sostiene la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño debe inclinarse a favor de la protección de la salud integral de la mujer, también en aras a la protección de sus otros/as hijos/as.¹³

La prolongación de la vida intrauterina del **nasciturus (por nacer)** no acarrea ningún beneficio, y el mal congénito que afecta al niño por nacer no va a cambiar por el hecho de anticipar la fecha del parto, y por el contrario provoca una lesión a la integridad psicofísica de la madre y de su familia. En suma, la variable tiempo, que es la única que aparece como operable, permite evitar un daño mayor a la integridad psíquica de los/as involucrados/as (progenitores y grupo nuclear) y en nada modifica el curso del destino del por nacer.

La Corte Suprema de la Nación ha dado especial trascendencia a la salud psicofísica de la madre y del grupo familiar afectado, priorizando aquello que puede justificar una preservación por sobre lo que irremediablemente acontecerá.

La ciudad de Buenos Aires cuenta con la Ley de Embarazos incompatibles con la vida (Ley N°1044), sancionada el 26 de junio de 2003.

Para la realización de la práctica de inducción al parto es necesario el consentimiento de la paciente provista de información adecuada, sin coerciones. Cuando una mujer informada toma una decisión sobre su cuerpo está dando el consentimiento necesario y suficiente como para que se proceda a la acción recomendada profesionalmente. **Una vez que una práctica médica es aconsejada como necesaria por un profesional, el consentimiento de la paciente que se encuentra en posibilidad de prestarlo es suficiente.** Sumar nuevos requisitos de personas que no tienen -o no pueden tener legalmente- poder de decisión sobre el cuerpo de la paciente o condicionar la praxis médica a una autorización judicial, vulnera la autodeterminación de la mujer e incrementa el riesgo a su salud.

“La autodeterminación de las mujeres es la capacidad para tomar decisiones propias sobre asuntos que las afectan. Se relaciona con la autonomía, que es una condición moral que a veces se vincula con la libertad de conciencia en el aspecto religioso. La autonomía implica que en caso de realizarse una práctica sobre su cuerpo, la mujer tiene que consentirla y no puede ser obligada ni tampoco puede dar otra persona (por ejemplo el marido) su consentimiento por ella, a menos que en ese momento esté fuera de las condiciones mentales para hacerlo”.

Dra. Diana Mafia

TESTIMONIOS

¹³ Conf. Hoof, Pedro “La Bioética y el derecho, aunados en mitigar el dolor humano: la anencefalia a la luz de los derechos humanos y de la bioética” JA 1998-IV-297.

Por otro lado, si debido a una demora en la realización de la práctica requerida se ocasionare un daño a la paciente, el/la médico/a incurriría en responsabilidad administrativa, civil e incluso penal, pues **la responsabilidad profesional no nace únicamente de la acción sino también de la omisión de intervenir en los casos en que la situación lo torne necesario.**

Avances en el tratamiento de los casos de anencefalia

Es de destacar los avances institucionales en los casos de adelantamiento del parto a raíz de casos de anencefalia. La comunicación con los directores/as y/o jefes/as de servicio y/o asesores/as legales de los hospitales ha sido altamente mejorada, obteniéndose una rápida respuesta ante comunicaciones de la Defensoría del Pueblo.

Por su parte, la evolución en el tratamiento de los casos de embarazos incompatibles con la vida presenta otro notable avance que es la disminución en la frecuencia de judicialización de los casos. Dichas prácticas suelen sustentarse en la creencia de que es necesario contar con una "autorización" o "dispensa" judicial para llevar adelante el procedimiento médico adecuado. Este es el mayor obstáculo que presenta el abordaje de los casos de anencefalia: los/as profesionales de la salud, por temor a la eventual responsabilidad profesional se resisten a practicar la inducción del parto.

Con relación a la necesidad de autorización judicial para la realización del adelantamiento del parto, la Corte Suprema de Justicia sostuvo la necesidad de brindar una respuesta oportuna a este tipo de causas; evitando dilatar el tránsito por la vía judicial.

Esterilidad: acceso a prestaciones sanitarias gratuitas de reproducción asistida

DEFINICIÓN



De acuerdo con la definición brindada por la "American Society for Reproductive Medicine", la **esterilidad** consiste en la incapacidad de concebir luego de mantener durante un año vida sexual regular sin anticoncepción. Esta definición surge de la observación de que una pareja sana tiene un 20% mensual de probabilidad de embarazo, que al cabo de un año, se transforma en una probabilidad acumulada del 97%.

La infertilidad está considerada por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad y, por lo tanto, otorga a las parejas con este problema el derecho a ser tratadas. En el 85 % de los casos se debe a causas que pueden diagnosticarse y resolverse a partir de la aplicación del tratamiento más indicado en función de cada problemática. En el 15% restante, conocido como esterilidad de causa desconocida, también es posible aplicar con éxito diversos tratamientos.

Otro de los ejes sobre los que se trabaja es el acceso de mujeres y varones a prestaciones gratuitas relativas a técnicas de reproducción asistida en casos de esterilidad.

Es decir que, en principio, es posible abordar la problemática de la pareja estéril a través de prestaciones más o menos complejas para lograr el embarazo de la mujer.

El inconveniente que se presenta es que actualmente las prácticas requeridas no se realizan en ningún hospital público y que los solicitantes no cuentan con los recursos necesarios para afrontar el pago del tratamiento en una institución privada, afectándose la facultad de ejercer sus derechos reproductivos a la procreación.

Con referencia a este caso, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires dictó en mayo de 2003 una resolución recomendando al señor Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que arbitre las acciones necesarias para asegurar la derivación inmediata de los presentantes a un establecimiento médico especializado a efectos de proveerles la práctica médica indicada de acuerdo a sus antecedentes de salud.

En un sentido más generalizado, en dicha resolución también se recomendó al Sr. Secretario la adopción de las acciones conducentes al diseño e implementación de los programas destinados a la provisión de servicios de reproducción asistida apropiados para atender las demandas en los casos en que se compruebe la imposibilidad económica de solventar el tratamiento por parte de los solicitantes.

Crterios jurídicos aplicables a la resolución de los casos

El sistema de derechos reproductivos se integra al conjunto de derechos vinculados al disfrute de la sexualidad y a la preservación de la salud reproductiva. En este sentido, Charlotte Rutherford ha afirmado que “*las libertades reproductivas deben incluir entre otros supuestos: 1) el acceso al cuidado de la salud reproductiva; 2) el acceso a un diagnóstico temprano; ... 5) el acceso a servicios adecuados ante situaciones de infertilidad;...¹⁴*” .

La Organización Mundial de la Salud define el logro de la salud reproductiva a través de cuatro objetivos fundamentales: 1) *Que todas las parejas tengan la posibilidad de reproducirse y regular su fecundidad; 2) Que toda mujer pueda gozar de un embarazo y de un parto con total seguridad de salud; 3) Que el resultado tenga éxito, tanto en términos de la sobrevivencia como del bienestar de la madre y del niño; 4) Que todas las parejas puedan gozar de*

¹⁴ Charlotte Rutherford, *Reproductive Freedoms and African American Women*, YJLF, VOL. 4 No. 2, 1992, págs. 258-9.

relaciones sexuales sin miedo a un embarazo no deseado o a contraer enfermedades.

TESTIMONIOS

“A veces, la excesiva medicalización de la sexualidad (sobre todo en lo que hace a la maternidad) nos hace olvidar que su función en la cultura humana va mucho más allá de la reproducción. Es un modo de comunicación, de intimidad y de intercambio, y también una fuente de placer. Y como tal, incluye prácticas que no tienen nada que ver con la reproducción, y modos que pueden extenderse a lo largo de la vida más allá de los límites o intenciones de procrear”.

Dra. Diana Maffia

Por su parte, el deber de garantizar los derechos implica una obligación del Estado de adoptar las medidas apropiadas (legislativas, judiciales, administrativas, presupuestarias, económicas y otras) para asegurar a sus habitantes la concreción de sus derechos, así como implementar estrategias nacionales para asegurar una completa variedad de servicios de alta calidad y cuidados de la salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva.

Es por ello que el Estado, en casos de personas con problemas de infertilidad y carentes de recursos económicos, debe proveer los recursos necesarios para que ellas puedan gozar de los derechos sexuales y reproductivos. **La falta de medios para acceder a una técnica de reproducción asistida y sin la cual indefectiblemente se verán imposibilitados de procrear, vulnera el derecho al más alto estándar de salud alcanzable, violándose los derechos reproductivos de rango constitucional.**

Además de los tratados internacionales ratificados por nuestra Constitución, específicamente en los artículos referidos al acceso a los servicios de atención médica y a la responsabilidad de los Estados a brindar los medios que les permitan a las personas ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, en nuestro ordenamiento interno la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece en su artículo 37° que “Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos...”.

Por su parte, la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable se refiere específicamente al tema en cuestión al establecer claramente, entre sus objetivos generales (art. 3° inc. a), el de “*garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios*

necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos”.-

El artículo 4º inc. i) de la misma norma dispone como objetivos específicos el de “orientar las demandas referidas a infertilidad y esterilidad”.

Por último, mediante la ley citada establece en el art. 7º inc. n) que se garantiza la implementación de las siguientes acciones: ...”Coordinación de acciones con diferentes organismos públicos interjurisdiccionales, privados y no gubernamentales, que por su naturaleza y fines puedan contribuir a la consecución de estos objetivos.”

Salud reproductiva de la población adolescente

El reconocimiento de los derechos de la población adolescente se ha iniciado en la órbita del derecho internacional y se ha materializado a partir de tres innovaciones institucionales¹⁵:

La concreción de los derechos de los adolescentes se inscribe en la meta internacional global de otorgar operatividad a las libertades incluidas en el sistema de los derechos humanos, permitiendo conceptualizar a los derechos de los adolescentes como una *porción particular del universo* jurídico a promover y tutelar, afirmación consensuada desde la Conferencia de Viena sobre Derechos Humanos (1993).

Por otra parte, los principios y derechos plasmados en la Declaración de los Derechos del Niño, y la ulterior Convención Internacional sobre los Derechos del Niño¹⁶ contienen regulaciones en torno al reconocimiento de los derechos de los menores en general a partir de su conceptualización como sujetos de derecho.

En el Plan de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing¹⁷, los adolescentes quedan claramente definidos como sujetos destinatarios de acciones públicas dirigidas a la promoción y defensa de sus derechos reproductivos.

¹⁵ Bodnar, Ma. Paula (2000 a.) “Los derechos reproductivos de la población adolescente. Evaluación anticipativa de las condiciones jurídico institucionales para su ejercicio en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Informe final de pasantía. Maestría en Administración Pública. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

¹⁶ La Declaración de los Derechos del Niño data del año 1959; la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño retoma los derechos y principios de la Declaración, treinta años después, en Noviembre de 1989. Finalmente en Octubre de 1990, se promulga la Ley 23.849 que aplica a nivel nacional los derechos enunciados en la Convención.

¹⁷ El Plan de Acción del Cairo es del año 1994, mientras que la Plataforma de Acción de Beijing se realiza en 1995.



INFORMACIÓN

En el Plan de Acción de El Cairo se expresa con claridad que los/as adolescentes han sido un grupo largamente ignorado por los servicios de salud reproductiva; frente a ello, las altas tasas de embarazo infantil y adolescente han devenido epidémicas, mostrando la incomprensión y falta de responsabilidad de los gobiernos frente a esta problemática. También en El Cairo se hicieron llamamientos a eliminar las barreras que impiden el acceso a la información y al cuidado de su salud reproductiva a los/as adolescentes. Para lo cual los gobiernos deben asegurar que los programas y la actitud de los/as profesionales de la salud sean adecuados, que no restrinjan el acceso a este grupo de población, y que “... protejan y promuevan los derechos de los/as adolescentes a la educación, información y cuidado de la salud reproductiva, en orden a reducir las ETS y el número de embarazos adolescentes”.



INFORMACIÓN

La Plataforma de Acción de Beijing estableció que “El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad temprana, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y abortar en condiciones peligrosas... En líneas generales, el matrimonio y la maternidad prematuros pueden reducir drásticamente las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente, perjudicar a largo plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos”.

La preservación de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes también esta garantizada por la Convención sobre los Derechos del Niño. Sobre este punto, la Convención sienta el deber estatal de asegurar las prestaciones médicas, así como el de difundir los principios básicos de la salud a través del acceso a la educación.



INFORMACIÓN

En particular, la norma contenida por el artículo 24.1. garantiza el derecho al *disfrute del más alto nivel posible de salud*, debiéndose adoptar medidas para:

- art. 24.2. e) Asegurar la prestación de asistencia médica, focalizando en atención primaria de la salud, atención sanitaria prenatal y postnatal adecuada, difusión de conocimientos sobre los principios básicos de la salud, acceso a la educación pertinente y apoyo para aplicar esos conocimientos.
- 24..2.f) desarrollar la atención sanitaria preventiva, educación y servicios en materia de planificación familiar.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la Convención sobre los Derechos del Niño queda demostrado por el hecho que el Comité de los Derechos del Niño, como organismo encargado de la aplicación y monitoreo de esta Convención, ha abordado en sus observaciones dirigidas a los gobiernos los asuntos relativos a los derechos reproductivos de los y las adolescentes, poniendo énfasis en la necesidad de que los gobiernos tomen medidas para garantizarlos. Una de las cuestiones conflictivas relacionadas con el tema radica en determinar la adecuación entre el régimen de patria potestad y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los y las adolescentes.

En el caso de los y las adolescentes, como el Código Civil (art. 264 del Cód.Civil) habla de la **patria potestad** de los padres sobre los hijos/as, hay quienes interpretan erróneamente que los padres pueden oponerse a que sus hijos/as reciban educación sexual o atención en los servicios de salud. Es un error, porque la educación y la salud son derechos, y la **patria potestad** de los padres es para garantizar el ejercicio de los derechos, no para obstaculizarlo. Un padre no podría, apelando a la **patria potestad**, dejar de mandar a su hijo a la escuela. De la misma manera, tampoco le puede impedir que consulte por su cuenta en un servicio de salud. La patria potestad, como el conjunto de derechos y deberes de los padres en relación a los hijos, es un régimen jurídico ordenado a la protección de los intereses y formación integral de los menores.

El Estado Argentino interviene en defensa de los menores, aún contra la voluntad de los padres, en numerosas ocasiones, especialmente cuando está en juego el derecho a la salud o a la educación de los niños. En razón de ello impone la enseñanza primaria obligatoria, así como la vacunación obligatoria en ciertos casos, sin que esto se entienda como un conflicto o derogación de los derechos de la patria potestad. La jurisprudencia no ha dudado en respaldar éstas y otras intervenciones estatales en defensa de los derechos de los menores y en detrimento de las pretensiones de los padres. Un ejemplo paradigmático es el caso en que siendo los padres Testigos de Jehová, rechazaban la transfusión de sangre necesaria para preservar la vida de su hijo menor de edad. (Cámara de Apelaciones Civil y Comercial de San Martín Sala II ED 125-541). En este caso se consideró que *el derecho del niño está por encima del derecho de los padres a ejercer su patria potestad*. De modo que los padres, aun en ejercicio de la libertad de culto, podrán tomar decisiones por sí mismos pero no por el niño.

La intervención estatal en la protección de la salud y la educación de los menores no sólo está autorizada, sino que es *exigida* en los casos que lo demande el interés del menor y que las disposiciones internacionales sobre salud reproductiva mencionadas en la primera parte de esta presentación

son plenamente aplicables a los y las menores en edad fértil en cuanto sujetos de derecho.

La normativa sobre salud reproductiva (Ley N° 418 de la Ciudad de Buenos Aires, y Ley Nacional N° 25673) se orienta a la difusión de información para enriquecer el menú de opciones en materia sexual y reproductiva, y a la prevención de daños concretos como los originados en abortos y enfermedades de transmisión sexual. Además, existen reglas específicas con rango constitucional que reclaman del Estado la educación y provisión de los medios necesarios para garantizar los derechos de los/as menores en esta materia. (arts. 6, 23, 24, 25, 26, 33 y 39).

Esta normativa cambia fundamentalmente el paradigma del menor *objeto de tutela* hacia la perspectiva de *sujetos de derechos*, redefiniendo el rol de los adultos en el sentido que debe primar el cuidado y la protección con una fuerte connotación de responsabilidad y no de discrecionalidad o disponibilidad hacia ellos.

Actividades desarrolladas

El tema de salud reproductiva de la población adolescente conforma una de las líneas prioritarias de trabajo de la Defensoría del Pueblo, constituyéndose en una instancia de referencia respecto de instituciones académicas, organismos gubernamentales, y organizaciones de la sociedad civil. En esta línea se vienen desarrollando las siguientes actividades:

Evaluación de las condiciones de prestación de servicios de salud por parte de los efectores públicos.

A partir del año 2001 se desarrolla una evaluación de la implementación de las acciones de política de salud focalizadas en la población adolescente. En el marco del Programa Ciudadanía y Sexualidad se ha rediseñado el instrumento de recolección de datos, ajustándolo para una segunda etapa de relevamiento referida a los servicios de salud reproductiva.

Asesoramiento Jurídico especializado.

El derecho positivo vigente en la ciudad de Buenos Aires carece de un marco integrador que permita sistematizar los derechos reproductivos de los adolescentes. De manera que el encuadre de las situaciones que involucran conflictos entre los derechos de los y las adolescentes y el ejercicio de la patria potestad configura un espacio de recurrentes disputas judiciales.

Durante el mes de enero de 2002, la Defensoría del Pueblo participó activamente de las sesiones de discusión del proyecto de Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a través de instancias de análisis técnico coordinadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

Como se describió previamente, en el marco del Programa Ciudadanía y Sexualidad se convocó a un Consenso de Expertos con el objetivo de determinar criterios respecto de los alcances y límites de las obligaciones estatales y los deberes y derechos familiares en relación al acceso al derecho a la salud integral de niños, niñas y adolescentes.

“A raíz de nuestras intervenciones en el tema, la Secretaría de Salud nos ha invitado como Defensoría a participar de la reglamentación de un artículo muy complejo de la Ley, que era el que regulaba la atención a adolescentes. Un artículo que había sido un punto crítico cuando se discutió la Ley por la aparente contradicción entre “Patria potestad” y “Derecho a la salud integral de adolescentes”, e incluso fue objeto de una declaración de inconstitucionalidad. A esta invitación la Defensoría responde diciendo “convocaremos un grupo de expertos” y definamos los puntos en común a través de un consenso”. Un trabajo de investigación que llevaron adelante el CELS, el CEDES y FEIM muestra que un gran porcentaje de la población considera que debe haber un acceso a la salud integral de los y las adolescentes. El consenso de expertos permite que esta opinión pública tome fuerza a partir de especialistas representativos de diversas instituciones, creencias e ideologías que sugieren, recomiendan y fundamentan esto mismo. Era una opinión similar a la que manifestaba la Defensoría en su recomendación, pero su peso ya no era el de la Defensoría, sino el de expertos y el de la ciudadanía. La Secretaría de Salud toma estas recomendaciones y en ellas se basa de manera sustantiva la resolución que emite. Previo a su reglamentación por parte del Jefe de Gobierno, envía un borrador nuevamente a la Defensoría, la revisamos, le hicimos una sugerencia importante, para que no quedara bajo responsabilidad de los médicos resolver si un adolescente era o no apto para firmar un consentimiento. Tiene que estar claro en la Ley si puede o no acceder ese adolescente a su salud, no puede quedar otra vez a cargo de la evaluación subjetiva. Este trabajo se pudo hacer entre las par-

TESTIMONIOS



tes involucradas porque hay mucha voluntad, mucha vocación y compromiso. Lo demás son los recursos técnicos para hacerlo. Pero empieza con esa voluntad y esa lectura de los datos a favor de que debe garantizarse el cumplimiento de los derechos.”

Dra. Diana Maffía

DEFINICIÓN



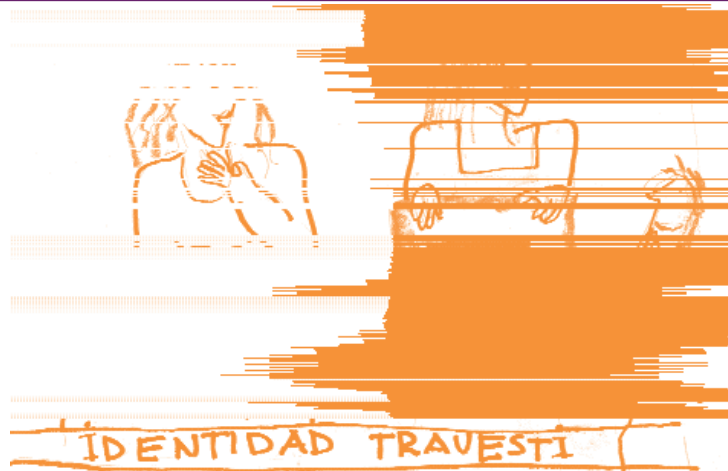
Derecho a la Identidad Sexual

El derecho a la identidad sexual implica el vivir según la moralidad sexual de cada persona, teniendo en cuenta que la sexualidad es un fenómeno complejo integrado con la totalidad de su vida, de su psiquismo y de su genitalidad, motivos por los cuales la comunidad debe respetar los comportamientos distintos relativos a la exteriorización de la sexualidad humana. (Juzgado en lo Criminal y Correccional Nro. 4 de Mar del Plata 1997/11/03. M., M.)

La protección requerida en estos casos supone:

- a) La autorización para que se lleven a cabo las intervenciones quirúrgicas que fueran convenientes.
- b) La anulación parcial de la inscripción del nacimiento correspondiente a la persona afectada y la nueva inscripción con la adecuación que corresponda.
- c) Las rectificaciones documentales correspondientes.

Es fundamental el respeto hacia quienes proclaman, defienden o practican otras formas de sexualidad humana, ya se trate de comportamientos o actitudes sexuales, de la exteriorización pública de preferencias al momento de vestirse, maquillarse, caminar, hacer ademanes, etc., debiendo garantizarse el derecho de las minorías



Derecho al Embarazo y Parto Respetuoso y Seguro

Se entiende por **respetado** aquel embarazo, parto y nacimiento donde:

- Cada mujer y cada pareja tienen derecho a elegir con libertad el parto que quieren tener después de haber recibido toda la información existente y necesaria;
- La mujer y el niño que está naciendo, tienen un rol protagónico, y el equipo de salud que los acompaña y asiste no interfiere en su intimidad y autonomía, sino que facilita la manifestación de su voluntad y la utilización de sus propios recursos fisiológicos y emocionales

DEFINICIÓN



Se entiende por **seguro** aquel embarazo, parto y nacimiento donde:

- Se cuenta con el personal y los medios idóneos (adecuados y apropiados) para el acompañamiento y la asistencia.
- El uso de la tecnología esté al servicio de la madre y el niño por nacer, y no se utiliza en forma rutinaria e indiscriminada por ningún motivo.
- El acceso al personal y la tecnología esté al alcance de todas las personas distribuyéndose los recursos existentes de manera equitativa en todo el país.

DEFINICIÓN



Criterios jurídicos aplicables a la resolución de los casos

El derecho a un embarazo y a un parto respetuoso y seguro es un derecho reconocido por las normas nacionales e internacionales y se basa en el respeto de la persona humana, la segura y libre vida reproductiva.

La ciudad de Buenos Aires cuenta con una Ley Básica de Salud que, entre otros aspectos, asegura en su art. 3 inc. k “el acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual”. En cuanto a los derechos reproductivos específicamente, se garantiza a través de su art. 12 inc. v “la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante”.

La Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable es otro de los ejemplos en la legislación de la ciudad de Buenos Aires que resguarda el derecho de las mujeres a una atención integral durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia; garantizando “condiciones apropiadas, resguardando la intimidad y dignidad de las personas asistidas” (artículos 3 inc. b; 4 inc. d y 7 inc. ñ).

El último y más reciente avance respecto del parto respetuoso y seguro es la sanción de la Ley 1040 de Acompañamiento en el trabajo de parto, nacimiento e internación. En dicha normativa se indica que “toda mujer tiene derecho, en el transcurso del trabajo de parto y el momento del nacimiento, como así también en la internación, a estar acompañada por la persona que ella designe”. Al mismo tiempo se otorga la responsabilidad de informar a la embarazada acerca de este derecho, al personal de los establecimientos asistenciales del sistema de salud.

El Art. 33 también reconoce y protege los siguientes derechos y garantías:

- 1) **Derecho a la información:** Libre acceso a toda la información existente y necesaria sobre derechos, fisiología, rutinas, sistemas de atención, índices de cesáreas, episiotomías, anestésicos, controles mínimos en el embarazo, etc.
- 2) **Derecho a decidir (Consentimiento informado):** La mujer tiene derecho a decidir que se hace sobre su cuerpo habiendo recibido toda la información de manera clara acerca de las prácticas y procedimientos que se le pretenden realizar. Y ambos padres acerca del recién Nacido.
- 3) **Derecho a la libre elección del lugar para parir:** Que el sistema público de salud, las obras sociales, los sistemas de medicina prepaga garanticen la cobertura de atención profesional e instrumental que elijan la mujer y su familia: hospital, sanatorio, maternidad o el hogar.
- 4) **Derecho a estar acompañada:** Durante los controles en el embarazo, el trabajo de parto y durante el parto la mujer tiene derecho a estar acompañada por una persona de sus afectos.
- 5) **Derecho a elegir libremente cómo transitar el trabajo de parto:** caminando, bailando, en el agua, comiendo, paseando, etc.
- 6) **Derecho a elegir libremente la posición para parir:** Sentada, semi-sentada, parada, en cuclillas, etc.
- 7) **Derecho a expresar libremente las emociones:** jadeando, gritando, riendo, llorando, gimiendo, etc.
- 8) **Derecho a permanecer juntos:** Desde el instante del nacimiento la mujer y su bebé tienen derecho a permanecer las 24 horas juntos aún si lo tienen que examinar, e incluso en caso de operación cesárea.

- 9) **Derecho del recién nacido a ser tratado con respeto y amor:** El recién nacido tiene derecho a no ser sometido a prácticas y procedimientos rutinarios, invasivos, agresivos y en la mayoría de los casos innecesarios como: el corte inmediato de cordón, la aspiración de secreciones, la sonda naso gástrica, la sonda anal, la vitamina K inyectable, el nitrato de plata en los ojos, medida, peso, baño, etc.
- 10) **Derecho del recién nacido a ser amamantado desde el instante del nacimiento:** El recién nacido tiene derecho a amamantar desde el instante del nacimiento y a no recibir suministro de soluciones glucosadas ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes.
- 11) **Derecho a una licencia por maternidad que contemple las verdaderas necesidades de la madre y el bebé:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida. Es necesario promover la prolongación de la Licencia por Maternidad, mínimo, hasta los 6 meses de vida del bebé, garantizando así el derecho del niño a una alimentación adecuada.

Control del respeto de los derechos sexuales y reproductivos

Monitoreo ciudadano de las políticas públicas de salud y derechos sexuales y reproductivos

Un aspecto clave del Programa Ciudadanía y Sexualidad es el seguimiento del cumplimiento de la ley y de las acciones realizadas en los servicios de salud en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

El Programa se propuso fortalecer vínculos de cooperación con grupos académicos y organizaciones de la sociedad civil. Se estableció un convenio con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) para la realización de un diagnóstico sobre la implementación de las políticas de salud reproductiva en las agencias de salud pertenecientes al Gobierno de la Ciudad. Parte del objetivo de la investigación estuvo dirigido a la detección de indicadores simples y sensibles que posibilitaran un seguimiento posterior por parte de la sociedad civil. El CEDES elaboró un modelo para el seguimiento de la política pública en salud reproductiva en la ciudad de Buenos Aires que, de manera simplificada, es transferido a una red de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el área de los derechos de las mujeres y dere-

chos humanos. En el futuro, a través de monitoreos ciudadanos, las organizaciones serán las encargadas de controlar el cumplimiento de la ley y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de manera sostenida en el tiempo.

Las ONGs que participan del Monitoreo Ciudadano han sido especialmente capacitadas en la metodología y acompañadas en el proceso por la Defensoría del Pueblo.

“Me parece importante ahora mantener una red de trabajo entre las ONG, en conjunto con la Defensoría”

Zulema Luján - AMMUBA

“Incorporar la participación de la comunidad en el monitoreo de los distintos programas”

Norma Vega - Mujeres Movimientistas / Fundación R.E.D.

“Formar grupos de trabajo en forma conjunta con las ONG barriales, para monitorear y también para implementar políticas de solución y respuesta a las problemática detectadas”

Graciela Juárez - Gente del Sur

“Promover la articulación entre las ONG con una real inserción comunitaria y favorecer el establecimiento de redes de interacción con el Estado”

Marta Cerutti - Asociación Argentina de Educadores sexuales

La capacitación estuvo destinada, además de a un amplio grupo de organizaciones no gubernamentales de mujeres, derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, a la Red en Defensa de los Derechos de las Mujeres de las Defensorías del Pueblo de la República Argentina, con la intención de que mecanismos similares puedan ser replicados en otras jurisdicciones.

Acciones implementadas a partir de los resultados del monitoreo

La Defensoría, como parte de su rol de control, venía realizando monitoreos del cumplimiento de la ley, se implementó uno en el año 2000 y otro en el 2002. De los resultados de los dos monitoreos derivó la necesidad de

ampliar las posibilidades de intervención de la Defensoría, por ejemplo, a través de mayor capacitación del personal médico en aspectos legales y de derechos humanos. En este sentido, ha sido un avance importante del Programa la elaboración de un documento distribuido entre efectores de salud de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires con información sobre la normativa aplicable en materia de derechos sexuales y reproductivos y las regulaciones que rigen la práctica médica en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.

“Es necesario incrementar la capacitación de los profesionales médicos, poniendo el acento en los temas de género, bioética y violencia”

Alicia Perez Calvo / Ángeles Medrano - SUM

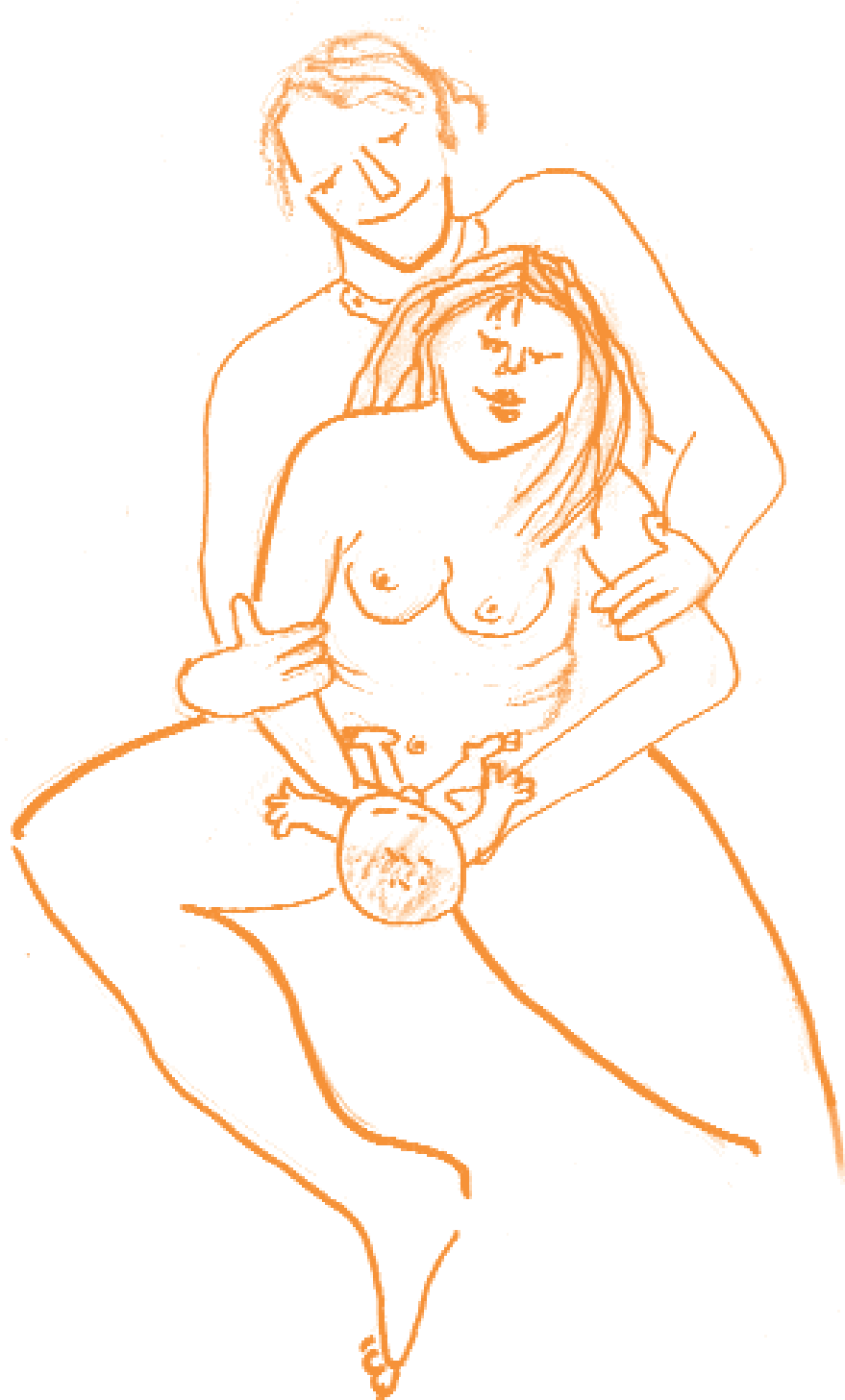
“Promover por todos los medios de comunicación el mejor conocimiento de la ley 418, sorprende la falta de conocimiento de esta normativa, sus beneficios y alcances por parte de muchos médicos y usuarios”

Víctor Pebe Pueyrredón - Sexólogo / Clínico

Desde la Adjuntía consideramos que conocer la normativa que rige en el ámbito de la salud sexual y reproductiva constituye un respaldo que contribuye a la tarea profesional, sustentando las decisiones y acciones médicas, minimizando los riesgos asociados a la responsabilidad por una acción errada o por omisión; a la vez que consolida una cultura de respeto por los derechos fundamentales.

TESTIMONIOS





Ejemplos de Actuaciones de la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, en temas de derechos sexuales y Reproductivos

Salud Reproductiva de la Población Adolescente

El 14 de julio de 2003, en el marco del Programa Ciudadanía y Sexualidad, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad convocó a un Consenso de Expertos sobre acceso a la salud integral de niños, niñas y adolescentes. El debate sobre los aspectos sociales, jurídico-legales, bioéticos, y técnico-médicos del tema dio lugar a un acuerdo sobre los alcances y límites de las obligaciones estatales y los deberes y derechos familiares en relación al acceso al derecho a la salud integral de niños/as y adolescentes.

Sobre la base de las conclusiones del consenso, el Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires dictó el Decreto n° 208/01 modificando la reglamentación de la Ley Básica de Salud n° 153. En concordancia con los principios y derechos reconocidos por la Convención sobre Derechos del Niño, la nueva reglamentación reconoce aptitud en los/as menores de edad para requerir información y atención en los servicios de salud.

Acceso a Prestaciones Sanitarias Gratuitas de Reproducción Asistida

En la actuación tramitada ante la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, el Sr. XX junto con su esposa requirieron el suministro gratuito de una práctica de reproducción asistida de alta complejidad por parte de los servicios especializados en salud reproductiva de algún hospital público de la ciudad de Buenos Aires.

El Sr. XX padece de una patología que afecta su capacidad de procrear. Conforme prescripciones médicas, la única forma de ejercer su derecho a la procreación es mediante la realización de una técnica de reproducción asistida conocida como "ICSI" (Inyección Intra-Citoplasmática de Espermatozoides), técnica de alta complejidad, cuya tasa de fertilización es del 68 %.

Actualmente dicha práctica no se realiza en ningún hospital público y la pareja no cuenta con los recursos necesarios para afrontar el pago del tratamiento en una institución privada, quedando así afectada su facultad de ejercer su derecho a la procreación.

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, dictó una resolución recomendando al señor Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de

Buenos Aires que arbitre las acciones necesarias para asegurar la derivación inmediata de los presentantes a un establecimiento médico especializado a efectos de proveerles la práctica médica indicada de acuerdo a sus antecedentes de salud. En dicha resolución también se recomendó al Sr. Secretario la adopción de las acciones conducentes al diseño e implementación de los programas destinados a la provisión de servicios de reproducción asistida apropiados para atender las demandas en los casos en que se compruebe la imposibilidad económica de solventar el tratamiento por parte de los solicitantes.

Embarazo y Parto Respetuoso y Seguro

La actuación en trámite fue iniciada a fin de investigar las condiciones de cumplimiento por parte de los efectores de la red asistencial pública de la normativa vigente relativa a los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

La Asociación Civil "Dando a luz" denunció que numerosas prácticas y rutinas llevadas a cabo en los centros asistenciales conspiran contra la efectiva vigencia de los derechos de las mujeres y de hijos/as; y propuso una serie de alternativas para evitar la excesiva medicalización del embarazo y del parto.

La Defensoría inició una investigación con el fin de detectar situaciones problemáticas durante la atención en hospitales públicos como, por ejemplo, restricciones al derecho a la intimidad y también de promover la remoción de los obstáculos que condicionan el ejercicio de los derechos reconocidos, como por ejemplo, el incumplimiento de la Ley de Acompañamiento N° 1040.

Ligadura Tubaria

El 24 de enero de 2003, ante la negativa de los/las médicos/as del Hospital General de Agudos "Juan Fernández" de practicarle una ligadura tubaria sin autorización judicial, la señora XX solicitó la intervención de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires a fin de obtener aprobación para que se le practique este tratamiento. La Sra XX, que se encontraba en el séptimo mes de embarazo, presentó antecedentes de cinco embarazos previos y justificó su solicitud en el intento de evitar posibles riesgos asociados a una nueva gestación.

La negativa de los profesionales de practicarle la ligadura atenta contra la libertad del paciente en cuanto a la elección que tiene toda persona, en concordancia con un fundado criterio médico, de elegir un tratamiento terapéutico aconsejable para establecer o mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida. Por lo tanto, la Defensoría recomendó al Director del Hospital que

arbitre los medios necesarios a fin de que los especialistas de la institución cumplan con la indicación terapéutica del caso para proteger la integridad bio-psico-social de la paciente, a quien deberá brindarse amplia y completa información sobre la naturaleza del tratamiento aconsejado a efectos de que se pueda prestar el consentimiento requerido por la normativa aplicable.

Embarazo Incompatible con la Vida- Anencefalia

En el séptimo mes de embarazo y gestando un feto anacefálico, la señora XX solicitó al Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" una inducción del parto. Los médicos tratantes del caso se negaron a practicar la inducción argumentando que tal práctica está legalmente prohibida. Ante la negativa del Hospital, el 22 de junio de 2001, la Sra. solicitó la intervención de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

La señora XX había acordado su consentimiento informado para la realización de la práctica médica solicitada. Ella estaba plenamente consciente de las implicancias de su decisión de adelantar el parto. Además, se trataba de una determinación deliberada y apoyada por la familia de la peticionante; tanto su madre y como su pareja apoyaban su decisión.

Teniendo en cuenta que la señora XX estaba gestando un feto absolutamente incapaz de sobrevivir fuera del útero materno, la Defensoría entendió que era un deber irrenunciable de los médicos que la trataban asegurar en tiempo y forma la preservación de su salud integral (bienestar físico, mental y social), evitándole mayores perjuicios además de los ya padecidos,

Considerando que la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, la Defensoría recomendó proceder conforme a la indicación terapéutica del caso para salvaguardar la integridad psico-física de la paciente.

Derecho a la Identidad Sexual

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires ha recibido varias denuncias en relación con la falta de concordancia entre la documentación y las constancias registrales del Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas con la identidad de género de las personas que lo solicitaban.

En las denuncias tramitadas, la Defensoría ha garantizado la derivación de estos casos a servicios de patrocinio jurídico gratuito para gestionar, a través de un trámite sumario, la rectificación de las partidas de nacimiento y la expedición de un nuevo Documento Nacional de Identidad (D.N.I.) en concordancia con la identidad de género de las personas en cuestión.

Glosario Sección I

PRIMERA SECCIÓN: La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y los derechos sexuales y reproductivos

Anastomosis: (en ligadura tubaria) Unión de unos elementos anatómicos con otros, por ejemplo, dos venas entre sí.

Autonomía: La autonomía debe entenderse como la libertad personal de elegir según los propios criterios. El sujeto autónomo es capaz de comprender la ley y decidir en función de ella.

Consentimiento expreso: principio básico de la relación médico paciente que impone el deber al profesional de suministrar información completa y veraz, de manera que el paciente pueda comprender, como presupuesto necesario para adoptar cualquier decisión relativa a su salud. De acuerdo con la Ley 153 Básica de Salud esta información debe suministrarse por escrito, salvo casos de excepción.

Laparoscopia: (en ligadura tubaria) Procedimiento quirúrgico mediante el cual se introduce a través de una pequeña incisión en la pared abdominal, torácica o pelviana un instrumento de fibra óptica que permite realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Normas de alcance federal: leyes dictadas por el Congreso de la Nación en ejercicio de la función legislativa (excluyendo las llamadas leyes nacionales comunes); y las normas de rango inferior procedentes de una autoridad nacional que no versen sobre cuestiones de derecho común.

Organismo autónomo y autárquico: la Defensoría del Pueblo, como ejemplo de organismo autónomo y autárquico, tiene autonomía funcional, ya que no tiene vinculación orgánica con ninguno de los órganos del poder (Ejecutivo, Legislativo, Judicial); y autarquía financiera, porque sus recursos financieros -establecidos anualmente en la Ley de Presupuesto- son administrados por el/la Defensor/a del Pueblo con independencia de los restantes órganos del poder.

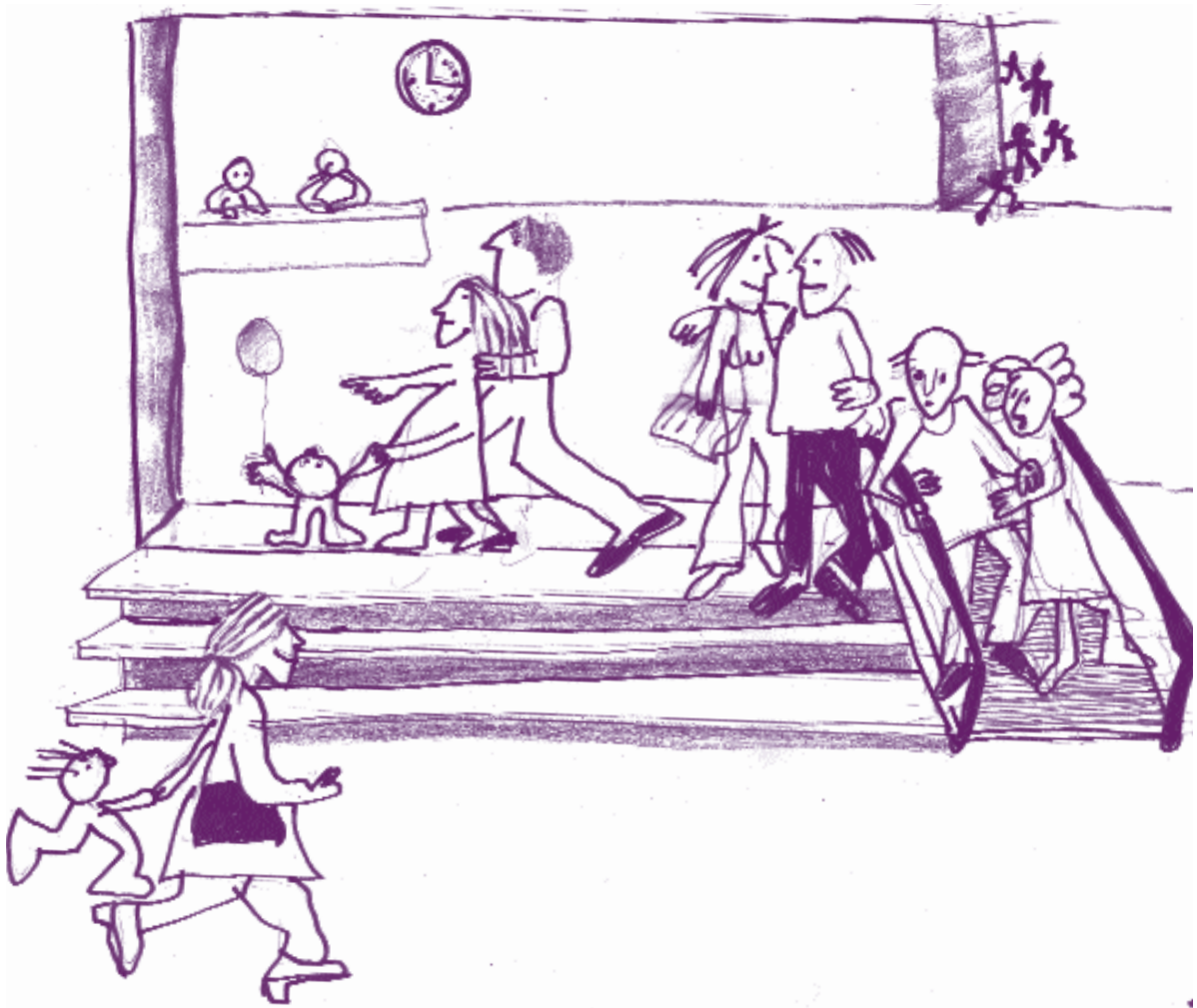
Rango constitucional: la reforma de 1994 asigna jerarquía constitucional a una serie de tratados internacionales ratificados por la República Argentina.

Resoluciones: actos administrativos originados por la Defensoría del Pueblo que pueden contener exhortaciones, recordatorios de derechos y obligaciones, o recomendaciones.

Tratados internacionales: acuerdos internacionales celebrados por escrito entre Estados y regidos por el derecho internacional.

SEGUNDA SECCIÓN

**Monitoreo de la política pública en salud
y derechos sexuales y reproductivos en la
ciudad de Buenos Aires**



En la Primera Sección de este manual, que refiere a la actuación de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en materia de derechos sexuales y reproductivos, se presentaron las distintas etapas del Programa Ciudadanía y Sexualidad (*Ver Sección 1, Capítulo 2, Página 27*). En el contexto de ese programa, la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría confió al CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad) la realización de un diagnóstico exhaustivo sobre el cumplimiento de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable por parte de los hospitales y centros de salud de la ciudad de Buenos Aires, con el fin de que sirviera como base para el posterior seguimiento ciudadano de la política pública de la ciudad en materia de derechos sexuales y reproductivos. A efectos de realizar el diagnóstico, el CEDES puso en marcha un monitoreo técnico que incluyó diversas estrategias que se detallan en esta sección. A partir del trabajo desarrollado, tanto en el diagnóstico como en el intercambio con organizaciones de la sociedad civil que participaron de la capacitación de noviembre de 2003, el CEDES propone una serie de indicadores para la realización del monitoreo ciudadano, que se presentan en la Tercera Sección (*Ver Anexo Sección 2, Página 101*).

Desde el punto de vista técnico, el propósito del **monitoreo** fue desarrollar estrategias e instrumentos para la fiscalización de la política pública de salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Desde el punto de vista político, el propósito fue abrir un camino al ejercicio de nuevas prácticas de complementariedad entre el Estado, las Defensorías y las organizaciones de la sociedad civil que actúan en este campo para evaluar esta política, controlar al Estado, promover acciones para la salvaguarda de los derechos sexuales y reproductivos de la población, y crear las condiciones para un monitoreo ciudadano.

Los objetivos principales de esta etapa fueron los siguientes:

- a) **Monitorear la implementación de la política de salud sexual y reproductiva en la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires**, a fin de identificar nudos críticos en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, observar avances y retrocesos e identificar situaciones de vulneración de derechos y/o de no cumplimiento de las obligaciones del Estado para desarrollar acciones correctivas.
- b) **Elaborar un diagnóstico comprehensivo y descriptivo de la implementación de la Ley 418** en el ámbito del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires, a fin de identificar logros y deficiencias desde la perspectiva de los jefes de servicio y/o directores de centros de salud, de los equipos de salud y de las usuarias del Programa de Salud Reproductiva y

G L O S A R I O

Monitoreo: herramienta que permite indagar y analizar a través de un proceso continuo el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con la planificación inicial de un Programa. Permite detectar deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución.

Indicadores: expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción o razón.

Procreación Responsable de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

- c) **Desarrollar un modelo de estrategias e instrumentos para el monitoreo ciudadano de la política de salud sexual y reproductiva**, basado en **indicadores** de estructura, proceso y resultados elaborados sobre los hallazgos del diagnóstico señalado anteriormente y sustentados en tres perspectivas: integralidad en la política de salud reproductiva, género y derechos. El propósito de este modelo es fortalecer las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, para la fiscalización de las leyes y normativas vigentes, la observación del cumplimiento de las responsabilidades del Estado y sus funcionarios en esta materia y la detección de acciones negativas.

En esta Sección se presentan los objetivos, estrategias e instrumentos, y los principales resultados de la etapa de **monitoreo**. El Capítulo 1 ofrece información sobre el contexto normativo y sanitario de la ciudad de Buenos Aires. El Capítulo 2 detalla las estrategias e instrumentos del **monitoreo** de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos y expone el diagnóstico obtenido a partir de las entrevistas realizadas a jefes de servicio y/o directores de centros de salud; a los miembros de los equipos de salud; y a las usuarias. Adicionalmente se describen los resultados provenientes de la aplicación de una guía de observación. En el Capítulo 3 de esta sección se presentan los indicadores resultantes del diagnóstico, que servirán como base para el **Monitoreo ciudadano** de la política pública por parte de las organizaciones de la sociedad civil.

Capítulo I

Contexto sanitario y normativo de la ciudad de Buenos Aires

Contexto sanitario y normativo de la ciudad de Buenos Aires

En este capítulo se presenta información sobre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo es que esa información se transforme en una herramienta de trabajo que contribuya a comprender el contexto en el cual funciona el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Con este fin, se incluye una breve caracterización de la situación sociodemográfica de la ciudad, un diagnóstico de situación de la salud sexual y reproductiva, una sucinta descripción de su sistema de salud, y un panorama general de su marco normativo relativo a las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva.

Situación sociodemográfica

La ciudad de Buenos Aires cuenta con 3.049.941 habitantes. La población ya completó el fenómeno conocido como "transición demográfica", es decir ha pasado de una alta a una baja fecundidad y mortalidad, presentando como consecuencia una estructura poblacional relativamente envejecida. El 17,4% de la población es menor de 15 años, y hay un 16,7% de personas de 65 años y más. La edad media de la población para ambos sexos es 39 años. El **índice de masculinidad** es 84%, Este índice es decreciente con el aumento de la edad, lo que se explica por la sobremortalidad masculina, que se registra en todas las edades y es muy notable en las edades avanzadas (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (a), 2001).

GLOSARIO

Índice de masculinidad: cantidad de hombres por cada 100 mujeres.

La ciudad de Buenos Aires presenta una situación socioeconómica más favorable -en términos relativos- que la de muchas otras áreas urbanas y regiones del país. Esto se refleja, por ejemplo, en la situación sociolaboral: desde hace una década se registra una tasa de actividad mayor que en el resto de los aglomerados urbanos, así como los niveles más bajos de desocupación del país (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (e), 2002).

Algunos datos relativos a educación y salud también reflejan la situación de ventaja relativa que presenta la ciudad en el contexto general del país.

Respecto de la educación, el 34,9% de la población de 15 años o más posee nivel superior (universitario y no universitario, completo e incompleto). El 23,9% alcanzó a completar el nivel secundario de instrucción y el 18,2% completó el nivel primario. El 1,8% de esta población no posee instrucción.

Con relación a la salud, el 73,8% de la población posee cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (b), 2001), contra el 52% en el país (INDEC, 2001). En 2001 la **tasa de**

mortalidad infantil fue de 9,1 por 1000 nacidos vivos, mientras que la tasa nacional fue de 16,3 (Ministerio de Salud de la Nación (a), 2002).

No obstante esta situación global de ventaja relativa, de acuerdo a datos de la **Encuesta Permanente de Hogares** de octubre de 2002, el 14,6% de los hogares de la ciudad de Buenos Aires se encuentra por debajo de la **Línea de Pobreza**, en tanto que un 3,7% de los mismos se halla por debajo de la **Línea de Indigencia**. Asimismo, el 21,2% de la población residente en la ciudad habita en hogares pobres, mientras que un 5,7% de la misma lo hace en hogares indigentes. Esto significa que 638.000 personas residentes en la ciudad se encuentran en situación de pobreza, de las cuales 171.000 están en situación de indigencia.

La incidencia de la pobreza y la indigencia es mayor en ciertos tipos de hogares: los más numerosos, aquellos donde hay niños, los que tienen jefatura familiar joven, los que tienen jefes cuyo nivel de instrucción es más bajo (primaria incompleta) y los que tienen jefes desocupados (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (c), 2003).



GLOSARIO

Tasa de mortalidad infantil: relación entre las defunciones de niños menores de 1 año, en un año dado, y los nacidos vivos de ese año.

Encuesta Permanente de Hogares: Encuesta realizada por el INDEC dos veces al año con el propósito de captar información referida a los niveles de ocupación y desocupación. Los temas relevados incluyen aspectos demográficos, ocupacionales, educativos, habitacionales y de ingreso. El relevamiento se realiza sobre una muestra de 36.000 viviendas que representa el 70% de la población urbana del país.

Línea de Pobreza: es el valor monetario de una Canasta Básica Total (CBT), de bienes y servicios, capaz de satisfacer un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) consideradas esenciales. Se considera pobres a los hogares cuyos ingresos no alcanzan dicha línea o valor. En septiembre de 2002, el valor de la CBT en el Gran Buenos Aires para un adulto equivalente (varón de 30 a 59 años) fue de 231,77 pesos.

Línea de Indigencia: es el valor monetario de una Canasta Básica de Alimentos (CBA), de costo mínimo, capaz de satisfacer un umbral elemental de necesidades energéticas y proteicas. Se considera indigentes a los hogares cuyos ingresos no alcanzan dicha línea o valor. En septiembre de 2002, el valor de la CBA en el Gran Buenos Aires para un adulto equivalente (varón de 30 a 59 años) fue de \$ 104,87.-

Diagnóstico de situación de la salud sexual y reproductiva

Fecundidad

GLOSARIO

Promedio de hijos/as por mujer: cociente entre la cantidad de hijos/as nacidos vivos y la cantidad de mujeres.

Tasa de fecundidad: es el número de nacidos vivos por 1.000 de mujeres comprendidas entre los 15 y 49 años en un determinado año.

Tasa de fecundidad adolescente: es el número de nacidos vivos por 1.000 de mujeres comprendidas entre los 15 y 19 años en un determinado año.

En nuestro país la fecundidad presenta grandes diferencias según nivel socioeconómico y entre jurisdicciones, lo que se evidencia al observar la ciudad de Buenos Aires que tiene la fecundidad más baja de todo el país. Las mujeres de la ciudad de Buenos Aires tienen en **promedio 1,4 hijos/as** al final de su vida reproductiva, mientras que el promedio para las mujeres argentinas es de 2,4 hijos/as y en la provincia de Formosa asciende a 2,8 (INDEC, 2001).

Mientras que la **tasa de fecundidad** del país para el año 2001 fue de 76 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil, la correspondiente a la ciudad de Buenos Aires fue de 58,16 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres (Ministerio de Salud de la Nación (a), 2002).

Un comportamiento similar se observa con respecto a la fecundidad adolescente: **la tasa de fecundidad adolescente** en la ciudad de Buenos Aires para el año 2001 es de 0,61 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 10-14 años (1,8 para el total del país), y 23,58 nacidos vivos por 1.000 mujeres entre 15-19 años (61,61 para el total del país), (Ministerio de Salud de la Nación (a), 2002).

La ciudad de Buenos Aires tiene la proporción más baja de nacimientos en mujeres adolescentes del país (5,1% de los partos en 2001). De los 42.375 nacimientos registrados en el año 2001, 2.181 correspondieron a mujeres menores de 20 años y de éstos, 49 correspondieron a niñas menores de 15 años (Ministerio de Salud de la Nación (a), 2002). Si bien se destaca un descenso pronunciado en el período 1977-1984, y un nuevo descenso, no tan marcado, a partir de 1996, desde 1970 la participación de los nacimientos de madres adolescentes se ha mantenido alrededor de valores que no han superado el 7,1% - valor máximo registrado en 1995- (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (a), 2001).

En el año 2001, el 38% de los 42.171 nacidos vivos de madres residentes en la ciudad, nació en establecimientos públicos (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (a), 2001). Cabe destacar que de los 27.779 partos atendidos en hospitales públicos durante 2001, el 43% fue de madres no residentes en la ciudad (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (f), 2001).

Mortalidad materna y aborto

La cantidad de **muerteras maternas** en la Ciudad de Buenos Aires es muy baja. La **tasa de mortalidad materna (TMM)** muestra una tendencia decreciente desde 1990, al igual que en todo el país. En 2001, la TMM para todo el país fue de 43 por 100.000 nacidos vivos y en la ciudad de Buenos Aires fue de 9 por 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud de la Nación (a), 2002).

En cuanto a la **morbilidad** materna por aborto, sólo se puede realizar una estimación aproximada a partir de la información sobre egresos por complicaciones de aborto en establecimientos públicos. En 1995, los egresos por esta causa fueron 4.892 (53.978 en todo el país). En el año 2000, se registraron 6.446 (78.894 en todo el país), lo cual significa un aumento del 32% de los egresos por esta causa en los establecimientos públicos de la ciudad (en el país este aumento fue del 46%). Mientras que el tramo de edad que registra un aumento más pronunciado en la ciudad de Buenos Aires es el de 30-34 años (65%), para el país el grupo con mayor aumento fue el de 20-24 años (57,3%) (Ministerio de Salud de la Nación (b), 2002).

Enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida

En el período 1997-2001, los casos notificados de enfermedades de transmisión sexual para residentes en la ciudad muestran una tendencia decreciente: se registraron 4.080 casos en 1996 y 2.880 en 2001. Para este último año, la mayor cantidad de casos fueron de supuración genital (1.748) y HPV (644) (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (b), 2001).

El VIH/ Sida es la única problemática en el campo de la salud sexual y reproductiva en la que la ciudad no presenta **indicadores** más favorables que el resto del país.

El primer caso de Sida se diagnosticó en el año 1983. Desde entonces, en la ciudad se han notificado 12.700 casos, de los cuales 6.757 corresponden a residentes del distrito (52.3%). El perfil de la epidemia en la ciudad se ha ido modificando. En los primeros años de la década del ochenta las mujeres casi no habían sufrido el impacto de la enfermedad, registrándose el primer caso femenino en 1988. A partir del año 1992 las mujeres comienzan a ser un grupo altamente vulnerable. En ese año, la **razón hombre/mujer** fue de 83 a 1 mientras que en 2002 fue de 2.8 a 1.

G L O S A R I O

Muerte materna: defunción de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Tasa de mortalidad materna: relación entre las defunciones maternas en un año dado y los nacidos vivos de ese año.

Morbilidad: el término morbilidad se refiere a las enfermedades y dolencias de una población.

Razón hombre/mujer: número de casos masculinos por cada caso femenino.

Incidencia: cociente entre el número de casos nuevos sobre la población expuesta.

El año 1996 fue el año de mayor **incidencia de la enfermedad**. A partir de ese momento comienza un descenso del número de casos anuales de sida, con la excepción del año 2001 cuando se registró un aumento debido a la intensificación de la vigilancia epidemiológica a partir de fines del año 2000.

El análisis de la tendencia de las vías de transmisión de los casos de sida en la ciudad de Buenos Aires muestra que la epidemia tuvo características diferenciadas según los períodos. Entre 1983 y 1992, la mayoría de los casos se da en hombres que tienen sexo con otros hombres sin protección (HSH), constituyendo el 66% del total de los casos. Los usuarios de drogas inyectables que compartieron equipos de inyección (UDI) representaban el 15%, y las relaciones heterosexuales, sólo el 6%.

A partir de 1992 comienza a ser la vía de transmisión en UDI la que adquiere una mayor proporción relativa y llega, en el año 1995, a representar el 44% de los casos de Sida; en ese año los HSH representaron el 28% y la vía heterosexual, el 16%. A partir de este momento se modifica la tendencia y comienza el aumento paulatino de la vía heterosexual.

En el año 2000, y comenzando el tercer decenio de la epidemia, se observa que la primera vía de transmisión pasa a ser la heterosexual (43%), seguida por los UDI (26%) y los HSH (22%). Esta tendencia continúa en el año 2001 y según datos parciales del año 2002, se consolida como primera vía de transmisión la heterosexual, la vía UDI disminuye y la vía HSH se estabiliza.

Un dato significativo en cuanto a la evolución de la epidemia es la disminución progresiva del nivel de escolaridad de las personas a quienes se les diagnostica Sida. En el período 1983-1989 sólo el 20% no había superado el nivel primario; en 2001, el 50% está en esta situación. A su vez, el registro histórico de las vías de transmisión desagregado por sexo muestra que los hombres heterosexuales aumentan su participación proporcional en la epidemia a partir de 1995 y que, en 2002, la vía heterosexual es la de mayor proporción. Estos datos permiten afirmar que se está en una etapa de franca heterosexualización y empobrecimiento de la epidemia de Sida en la ciudad.

Al analizar la edad de los casos en el último quinquenio se puede observar que, si bien la mayor frecuencia se concentra en la población de 30 a 34 años, en las mujeres el 64% tiene menos de 34 años, y en los hombres sólo el 50%, lo que pone de manifiesto que las mujeres se infectan a una edad más temprana que los varones.

La tasa promedio de mortalidad por Sida de la población de la ciudad durante la década del noventa ha sido de 12 por cien mil. Entre 1990 y 1996, se produjo un notorio incremento, especialmente en el trienio 1994-1996 -donde se ubica el valor máximo del período (18,8 por cien mil en 1996)- y a partir de 1997 comenzó a descender hasta ubicarse, en el 2000, en 9 por cien mil.

El Sida es la primera causa de muerte para las personas de 15 a 34 años en la ciudad de Buenos Aires, aún cuando la mortalidad disminuyó un 59% en el período 1996-2002 (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (d), 2003).

Cáncer génito-mamario

Los tumores malignos de mama constituyen la primera causa de muerte en las mujeres de la ciudad de Buenos Aires entre 35 y 64 años (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (a), 2001). La situación difiere al considerar el total del país, donde los grupos más afectados son aquellos comprendidos entre los 65 y los 74 años, y el de más de 75 años (Ministerio de Salud de la Nación (a), 2002). Para la prevención secundaria de este tipo de cáncer, se requiere el acceso y utilización racional de la mamografía. Resulta importante al analizar la situación del cáncer de mama en la ciudad de Buenos Aires considerar que se trata de la jurisdicción con mayor acceso a la tecnología.

La mortalidad por cáncer de cuello de útero no constituye un problema de salud pública de gran relevancia en la ciudad de Buenos Aires.

En 1999 la ciudad se ubicó en el vigésimo segundo lugar de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país: se registraron 64 muertes por tumor maligno del cuello uterino (6,9% del total de muertes en el país) -lo que representó una tasa ajustada por edad de 2,77 por 100.000 mujeres- y 102 muertes por tumor de útero sin especificar la localización. Considerando el período 1980-2000, la mortalidad por cáncer de cuello de útero mostró un leve descenso en la ciudad de Buenos Aires (Rocco, 2000), mientras que los datos de la última década para todo el país parecen indicar un incremento de la tasa de mortalidad por ese tipo de cáncer. Es probable que la baja mortalidad relativa en la ciudad esté asociada a un mayor acceso a los medios diagnósticos.

En un estudio sobre calidad de la atención, de cien usuarias entrevistadas en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires, el 45% manifestó realizarse un Papanicolau anualmente. La edad promedio en la que las mujeres de la muestra se realizaron el primer Papanicolau fue 26,3 años: siete años después del inicio de sus relaciones sexuales (promedio: 19,4 años) y tres años después del nacimiento de su primer hijo/a (promedio: 23,4 años) (Petracchi et al., 2002).

En la ciudad de Buenos Aires funciona el Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, implementado por el Gobierno de la Ciudad a través de la Secretaría de Salud y la Dirección General de la Mujer. Su objetivo es "... disminuir la incidencia de dicho cáncer en las muertes de la población femenina, generando conciencia del cuidado de la salud con la difusión de información adecuada y facilitando el acceso a la atención en forma rápida por medio del turno" (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 1999).

El sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires

La ciudad de Buenos Aires es una de las jurisdicciones que posee el mayor presupuesto en salud, más facilidades en la atención de la salud y mayor disponibilidad de servicios de alta complejidad, mayor número de camas hospitalarias y tecnología más desarrollada (Gutiérrez, MA, *et. al.*, 2001).

La disponibilidad de camas para internación es de 21.944, lo que representa el 14% de las camas disponibles en el total del país, y 1.666 establecimientos asistenciales en todos los subsectores, que representan el 9% del total del país (Ministerio de Salud de la Nación, OPS, OMS, 2003).

La red asistencial pública de la ciudad¹, que depende de la Secretaría de Salud, funciona sobre la base de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

+ INFORMACIÓN

La APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles de alta calidad y en forma continua e integral. Esta estrategia se propone que el primer nivel de atención de la salud en el marco de la APS pueda resolver el 80% de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social. De esta forma, el segundo nivel de atención -hospitales generales de agudos y especializados- puede abocarse a su función específica de atender pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad.

El primer nivel de atención está integrado por 33 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), 14 Centros Médicos Barriales, 236 Médicos de Cabecera, 25 Odontólogos de Cabecera y consultorios externos de los hospitales.

+ INFORMACIÓN

Los CESAC, localizados en los barrios de la ciudad, implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad. Sus equipos interdisciplinarios están integrados por médicos generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y obstétricas. En muchos casos, los equipos de salud incorporan nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, sociólogos y odontólogos. Estos establecimientos desarrollan talleres para la comunidad sobre diferentes temáticas, entregan leche a embarazadas y niños menores de 5 años y realizan visitas domiciliarias para la atención y el seguimiento de enfermedades o la detección de familias en riesgo.

¹ La ubicación de todos los establecimientos se encuentra disponible en www.goba.gov.ar

En los Centros Médicos Barriales, médicos generalistas, pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos realizan controles de salud, tratamiento de las enfermedades más frecuentes y desarrollan actividades grupales dirigidas a la prevención y promoción de la salud. Además cuentan con prestaciones de enfermería, vacunatorios y trabajadores sociales que relacionan a los vecinos con el sistema de salud de la ciudad.

El segundo nivel de atención está integrado por 13 hospitales generales de agudos y 20 hospitales especializados.

Marco normativo relativo a las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva

La ciudad de Buenos Aires es una de las jurisdicciones pioneras de nuestro país en el campo de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

En 1988, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires puso en marcha el Programa de Procreación Responsable (PPR). Este Programa se basaba en el reconocimiento del derecho de las personas a decidir sobre sus pautas reproductivas y en el deber del Estado de posibilitar los medios para ejercer ese derecho.

El PPR designó como efectores a los servicios de ginecología y obstetricia de los hospitales municipales. El programa se inició en cuatro hospitales y paulatinamente se fueron incorporando más instituciones (Vitale, A., 1992).

En 1993, el Departamento de Salud Familiar de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires organizó el Seminario "Evaluación del PPR", con el propósito de evaluar la experiencia de cinco años de implementación del programa. Los organizadores diseñaron una encuesta para el equipo de procreación de cada efector en la que se propuso realizar una evaluación de la estructura (recursos físicos, recursos humanos e insumos), evaluación del proceso (área de dependencia, interrelación con otros servicios, días y horarios de atención, acciones intra y extramurales), y evaluación de los resultados (cantidad de beneficiarias, tasa de deserción y tasa de fracasos).

En 1994, la nueva Constitución Nacional estableció la autonomía de la ciudad de Buenos Aires. En 1996 la ciudad eligió nuevo gobierno y una Asamblea Estatuante dictó su nuevo Estatuto. La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires incorporó varias cuestiones importantes en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En el artículo 11 “se reconoce y garantiza el derecho a ser diferente, no admitiéndose discriminaciones que tiendan a la segregación por razones o con pretexto de raza, etnia, género, orientación sexual, edad, religión, ideología, opinión, nacionalidad, caracteres físicos, condición psicofísica, social, económica, o cualquier circunstancia que implique distinción, exclusión, restricción o menoscabo”.

En el artículo 20 "se garantiza el derecho a la salud integral, que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente".

El artículo 36 “garantiza en el ámbito público y promueve en el privado la igualdad real de oportunidades y trato entre varones y mujeres”.

El artículo 37 reconoce “los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos”.

El artículo 38 proclama que “la Ciudad incorpora la perspectiva de género en el diseño y ejecución de sus políticas públicas”.

En los años subsiguientes se sancionaron dos leyes relacionadas con el campo de la salud sexual y reproductiva: la Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (1998) y la Ley 153 Básica de Salud (1999). En junio de 2000 fue sancionada la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (modificada posteriormente por la ley 439).

Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

Algunos ejes a destacar:

- Se orienta a la prevención del embarazo no deseado y a la prevención del aborto
- Establece la necesidad de proveer información y acceso a métodos anticonceptivos
- Se apoya en la libre elección de métodos anticonceptivos
- Incluye la promoción del preservativo como método de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida
- Promueve la participación de varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad responsable
- Contempla la salud reproductiva de los adolescentes
- Hace hincapié en la necesidad de capacitación permanente a los agentes sanitarios

Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

A partir de la sanción de la Ley 418 cambia el enfoque del PPR, desde ese momento alineado con el de los derechos sexuales y reproductivos. Señalando el cambio de orientación y la ampliación de su marco de acción, el Programa es rebautizado en el año 2001 y asimila el nombre de la ley 418, pasando a denominarse Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

Dentro del organigrama del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Programa depende administrativamente de la Secretaría de Salud y, en particular, de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de Salud y la Dirección de Salud Comunitaria.

En la ciudad de Buenos Aires, la salud sexual y reproductiva se atiende en los servicios y consultorios de los hospitales generales de agudos, en algunos de los hospitales especializados y en los todos centros de salud. Todos los médicos tocoginecólogos del Plan de Cabecera del Gobierno de la Ciudad están incorporados al Programa.

Los Efectores del Programa

La mayoría de los efectores, especialmente en los centros de salud, cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por ginecólogos, obstétricas, psicólogos y trabajadores sociales. En los equipos de algunos centros participan también otros profesionales: antropólogos, sociólogos, nutricionistas y licenciados en ciencias de la educación y de la comunicación, y donde se encuentran sus sedes participa la Residencia de Educación para la Salud (RIEPS). El Programa no cuenta con recursos humanos propios, es decir que no hay profesionales que estén afectados exclusivamente a ello. Los profesionales de la salud que trabajan en el Programa integran el plantel profesional de hospitales y centros de salud.

El Programa lleva a cabo actividades de promoción y prevención de la salud, así como actividades asistenciales y de consejería. Tiene a su cargo diferentes actividades, tales como la producción de folletería para los profesionales de la salud y para la difusión en la población en general, la capacitación y actualización de los profesionales y la articulación de actividades con otros organismos, ya sean del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de la Nación u organizaciones no gubernamentales.

Los insumos

Los insumos se compran y se distribuyen en forma centralizada. Actualmente, el circuito para hacerlo es el siguiente: los efectores envían a la Coordinación del Programa el pedido **bimensual** de insumos en la planilla confeccionada por el Programa para tal fin, la Coordinación eleva a la Dirección de Salud Comunitaria la distribución de insumos a realizar. Esta distribución se lleva a cabo desde la Droguería Central a los efectores (de manera directa a los centros de salud y a los hospitales), a través de los móviles de la Secretaría de Salud. Los efectores deben elevar el informe mensual de actividades en otra planilla confeccionada por el Programa.

TESTIMONIOS

"Acercas de este tema transitamos por distintas etapas, en algunas etapas los insumos se llevaban a los efectores, en otras etapas los tenían que ir a buscar. También dependíamos de que se hiciera correctamente el pedido y esto implicaba que después, por algún inconveniente que pudiera haber surgido en el proceso, los servicios podían tener problemas con el abastecimiento de insumos. Esto hizo que nos planteáramos una reorganización. En las reuniones mensuales con los efectores intercambiamos ideas al respecto. A partir de esto, se decidió que el pedido de insumos fuera cada dos meses, lo que nos permitía tener mejor margen para organizar toda la distribución, que implica llevar los insumos a toda la Ciudad. Al día de hoy, el Programa no cuenta con un móvil propio ni con personal administrativo propio (en el 2004 se incorporó un administrativo). La implementación de esta nueva organización está funcionando bastante bien. Además procuramos mantener abiertas distintas instancias de comunicación: línea de fax propia, e-mail, teléfono en la sede del Programa y celular".

Lic. Gabriela Perrotta - Programa Salud Reproductiva y Procreación Responsable, GCBA.

Presentación realizada en el contexto de la Capacitación para Organizaciones de la Sociedad Civil del Programa Ciudadanía y Sexualidad durante el mes de noviembre de 2003.

Financiamiento

De acuerdo al decreto 1.772/1992, un porcentaje de la recaudación del juego Loto de Salón o Loto-Bingo o Loto-Familiar se destina al sistema de salud y a los hospitales dependientes de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. La ordenanza 47.731 (B.M. 19.862, publicada el 6/9/1994) estableció que el primer millón de pesos recaudados bajo ese concepto correspondería al PPR para la adquisición de bienes y servicios no personales.

La Secretaría de Salud es la encargada de administrar el presupuesto. La Coordinación del Programa le comunica a la Secretaría de Salud cuáles son las necesidades de insumos, qué es lo que se precisa adquirir. Las compras de insumos se hacen a través de una licitación pública, ya que el proceso desde el llamado a la licitación hasta que los insumos llegan al depósito es de varios meses, es preciso prever el tiempo con la antelación suficiente para evitar inconvenientes en el abastecimiento.

Destinatarios/as del programa

El Programa está dirigido a toda la población, en especial a las personas en edad fértil. No plantea un barrera etaria, es decir una edad para la atención de la población.

"Nosotros intentamos hacer hincapié en la promoción de la salud y prevención. Además de la asistencia, que es lo que en general se tiene en cuenta. En general se relaciona a los programas de salud sexual y reproductiva y procreación responsable con el dar anticonceptivos. Por supuesto que es muy importante que la población tenga acceso libre y gratuito al método anticonceptivo que pueda elegir, pero además es necesaria la prevención y promoción de la salud. En particular con los y las adolescentes. No alcanza con que tengan la posibilidad de ir a buscar un método anticonceptivo. Es necesario tener espacios para que se hable de la salud sexual y reproductiva, para poder pensar lo que tiene que ver con las cuestiones de género.

Este último año hicimos mucho hincapié en que se incorporen los consultorios de adolescencia. En la mayoría de los hospitales, muy pocos tienen servicios de Adolescencia, pero la mayoría tiene consultorios de Adolescencia, un lugar específico dentro del lugar, donde se atienden adolescentes. Nosotros insistimos mucho en que se incorporen como efectores propios, no que dependan de los

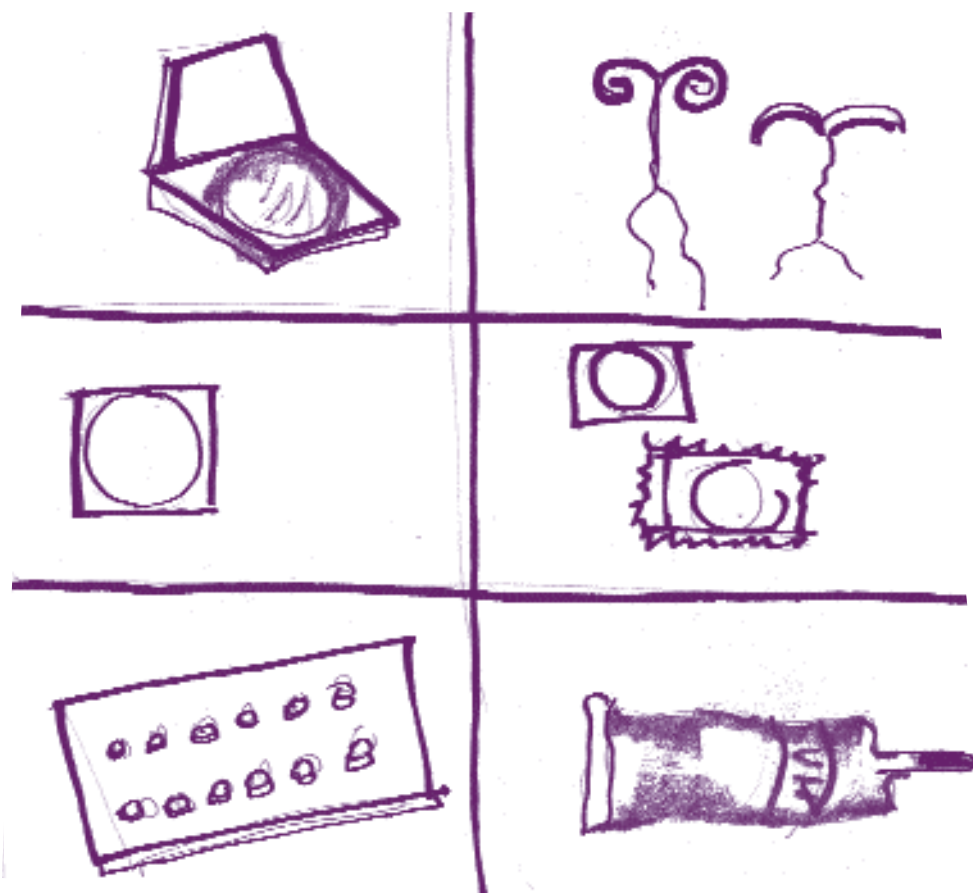
TESTIMONIOS



demás profesionales que hacen salud reproductiva en el hospital, sino que la relación con la coordinación sea directa con la gente que trabaja con adolescentes. Los centros de salud y los hospitales monovalentes trabajan con adolescentes también."

Lic. Gabriela Perrotta - Programa Salud Reproductiva y Procreación Responsable, GCBA

Presentación realizada en el contexto de la Capacitación para Organizaciones de la Sociedad Civil del Programa Ciudadanía y Sexualidad durante el mes de noviembre de 2003.



Fuentes consultadas

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (a). Dirección General de Estadística y Censos. 2001. Demografía- Año 2000/2001. www.gcba.gov.ar
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (b). 2001. Anuario estadístico de la ciudad de Buenos Aires 2000-2001.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (c). Dirección General de Estadística y Censos. Informe de Resultados N°47 “Indigencia y pobreza en la ciudad de Buenos Aires: incidencia y caracterización”. Buenos Aires, 28 de febrero de 2003.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (d). Coordinación Sida. 2003. InfoSida. Número 3.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (e). Dirección General de Estadística y Censos. Informe de Resultados N° 22 “Situación sociolaboral de la ciudad de Buenos Aires”. Buenos Aires, mayo de 2002.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (f). 2001. Dirección General de Estadística y Censos, sobre la publicación “Movimiento Hospitalario”, Hospitales Municipales Año 2001, de la Dirección de Estadísticas para la Salud de la Secretaría de Salud.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 1999. Informe Secretaría de Salud. Secretaría de Promoción Social. Dirección General de la Mujer.
- Gutiérrez, MA., Gogna, M., Romero, M., Zamberlin, N., Szulik, D. (2001) “Estudio de caso. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en Buenos Aires, Argentina”, en Gogna, M. (coord.) Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires.
- INDEC. Anuario Estadístico de la República Argentina, Buenos Aires, 2001.
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001. www.indec.gov.ar
- Marino, J. Políticas de salud reproductivas. www.rimaweb.com.ar/derechos_sex_reproductivos/juliana_marino_salud.html
- Ministerio de Salud de la Nación (a). 2002. Estadísticas Vitales-Información Básica Año 2001.
- Ministerio de Salud de la Nación (b). 2002. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico: total país y división político territorial- Año 2002.

- Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2003. Argentina 2003. Indicadores básicos.
- Municipalidad de Buenos Aires. Departamento de Salud Familiar. 1993. Evaluación del Programa Procreación Responsable.
- Petracci, M., Romero, M. y Ramos, S. 2002. “Calidad de la atención percibida: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvicouterino”. Informe narrativo final presentado a PATH, Program for Appropriate Technology in Health.
- Rocco, D. 2000. Situación del cáncer de útero. República Argentina. Mortalidad 1980-1999. Santa Fé: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni”.
- Vitale, A. 1992. “La planificación de los nacimientos: ¿una propuesta pública a mitad de camino?”. Cuadernos Médico Sociales N°59.

Capítulo 2

Modelo de monitoreo de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de Buenos Aires

Estrategias e instrumentos



Monitoreo de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos

En este capítulo se detallan las estrategias e instrumentos utilizados por el CEDES en el **monitoreo** técnico de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de Buenos Aires.

Las estrategias utilizadas relevaron y analizaron información de diferentes fuentes y de los actores de esta política pública (la ciudadanía, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, las usuarias y los profesionales de los servicios de salud).

Las tres estrategias utilizadas fueron las siguientes:

ESTRATEGIA I

Análisis del perfil de las demandas de la ciudadanía y de las actuaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

ESTRATEGIA II

Análisis de las mediciones realizadas por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires a los efectores de la red asistencial en los años 2000 y 2002.

ESTRATEGIA III

Diagnóstico de la política pública de Salud Sexual y Rde la ciudad de Buenos Aires: el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

Si bien las tres estrategias son complementarias, la estrategia III es el eje central del **monitoreo** técnico y la fuente a partir de la cual se construyeron los **indicadores** sugeridos para la fiscalización de la política pública por parte de las organizaciones de la sociedad civil.

El cuadro de la página siguiente presenta las tres estrategias empleadas en este **monitoreo**. Para cada una de ellas, se señalan los objetivos y las actividades realizadas.

ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<p>ESTRATEGIA 1: Análisis del perfil de las demandas de la ciudadanía y de las actuaciones de la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires.</p>	<p>Identificar las demandas de la ciudadanía en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.</p>	<p>Definición de un conjunto de palabras clave para la identificación de las actuaciones en los archivos de la Defensoría.</p>
	<p>Analizar las respuestas de la Defensoría a las quejas y reclamos de la ciudadanía.</p>	<p>Revisión sistemática de las actuaciones en los archivos de la Defensoría (Período analizado: 1/8/98 al 30/6/02). Entrevista a responsable de la Defensoría Adjunta para contextualizar el análisis de las actuaciones y relevar opiniones sobre resultados del trabajo realizado por la Defensoría.</p>
	<p>Contribuir al fortalecimiento de la Defensoría como órgano de fiscalización de la política pública.</p>	<p>Desarrollo de indicadores para seguimiento del perfil de la demanda ciudadana y de las actuaciones de la Defensoría.</p>
<p>ESTRATEGIA 2: Análisis de las mediciones realizadas por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires a los efectores de la red asistencial en los años 2000 y 2002.</p>	<p>Realizar un seguimiento del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en los hospitales y centros de salud de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires.</p>	<p>Diseño, aplicación y análisis de una encuesta a efectores del Programa (Período de relevamiento cada dos años). Difusión de los resultados de la encuesta a efectores del Programa</p>
<p>ESTRATEGIA 3: Diagnóstico de la política pública de salud sexual y reproductiva de la ciudad de Buenos Aires: el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.</p>	<p>Conformar una línea de base para la evaluación sistemática del Programa. Identificar problemas operativos del Programa desde la perspectiva de los proveedores.</p>	<p>Entrevistas a jefes de servicio (hospitales) y directores de centros de salud en donde se desarrolla el Programa. Encuestas a los equipos de salud que prestan servicios en el Programa (médicos y no médicos).</p>
	<p>Identificar problemas de adecuación del Programa a las necesidades de la demanda desde la perspectiva de la población usuaria.</p>	<p>Encuestas a mujeres usuarias del Programa</p>

GLOSARIO

Línea de base: información referida a los valores iniciales de los indicadores de un problema/situación social previa a una intervención determinada.

Estrategia I:

Análisis del perfil de las demandas de la ciudadanía y de las actuaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

La estrategia aplicada en la primera etapa del **monitoreo técnico** consistió en dos actividades. En primer lugar, la búsqueda, revisión y análisis de las quejas y reclamos relativos a cuestiones de salud y de derechos sexuales y reproductivos realizados por los ciudadanos y ciudadanas de la ciudad de Buenos Aires ante la Defensoría del Pueblo. En segundo lugar, un análisis de las acciones desarrolladas por la Defensoría en respuesta a esas presentaciones.

Análisis de las presentaciones de la ciudadanía

Las presentaciones de la ciudadanía son denuncias, quejas o solicitudes de intervención de la Defensoría, realizadas a través de diferentes canales: cartas escritas en formato personalizado o en formularios de la Defensoría, presentaciones personales, por fax o por correo electrónico y entrevistas personales. Una vez recibidas, se inicia un expediente denominado “actuación”. La Defensoría también puede promover una actuación por iniciativa propia, en cuyo caso se trata de “actuaciones de oficio”.

Las actuaciones son archivadas en carpetas, en las que es posible encontrar material de diverso tipo:

- Hoja de ruta (generalmente incompleta) con todos los pasos realizados como respuesta a la presentación;
- Pedidos de informes de la Defensoría a diferentes organismos, según la particularidad del caso presentado;
- Documentación que avala la presentación (historia clínica, análisis, resoluciones);
- Antecedentes afines a la presentación (estadísticas, recortes de diarios, intervenciones judiciales, etc.).

La identificación de las actuaciones se basó en una búsqueda en el sistema de archivo de la Defensoría, en aquellas áreas relevantes a la salud sexual y reproductiva. La búsqueda se realizó sobre la base de un listado de 46 palabras clave (“voces”): aborto, adolescente, anencefalia, anticoncepción, anti-conceptivos, cáncer de cuello, cáncer de mama, cáncer de útero, cáncer ginecológico, derechos reproductivos, derechos sexuales, dispositivo intrauterino, DIU, educación sexual, embarazo, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, esterilidad, género, ginecología, homosexual, homosexualidad, infertilidad, lactancia, lesbiana, ley de salud reproductiva, ligadura tubaria, maternidad, obstetricia, orientación sexual, parto, paternidad, pato-

DEFINICIÓN



logía gínitomamaria, planificación familiar, preservativo, procreación responsable, Programa de Procreación Responsable, reproducción, salud reproductiva, salud sexual, sexual, tocoginecología, travesti, trompas, urología, VIH/SIDA.

Características de las presentaciones

En el período comprendido entre el 1° de agosto de 1998 y el 30 de junio de 2002 se identificaron 53 actuaciones sobre seis temas: aborto, calidad de la atención, infertilidad, ley 418, ligadura tubaria y VIH/sida. Las presentaciones sobre temas de salud reproductiva pasaron de 2 en el año 1998 a 19 en el 2001. El 50% de las actuaciones correspondió a solicitudes de autorización para la realización de la ligadura tubaria.

Con relación a los canales de presentación de las quejas y reclamos, casi la mitad (25 casos) fue presentada a través de los formularios de la Defensoría. El segundo canal más utilizado fue el de las entrevistas personales (11 casos), durante los años 2001 y 2002. Las cartas personales (9 casos) fueron el tercer canal en importancia. Sólo 2 presentaciones fueron enviadas por correo electrónico. Además, durante el período analizado se iniciaron 6 actuaciones de oficio en temas afines a la salud reproductiva.

Las respuestas de la Defensoría a las demandas de la ciudadanía

La respuesta de la Defensoría a las demandas ciudadanas se basa, según lo manifestado por la Defensora Adjunta, en la estrategia de

“... reafirmar a la persona diciéndole que tiene derechos, que hay una ley que la protege, que la institución va a intervenir y que se va a obligar al gobierno a que se haga cargo; que la persona tiene derecho a un patrocinio gratuito (...) generando un aprendizaje y una utilización de las instituciones y un fortalecimiento de sus derechos”. En esta línea, la estrategia intenta “que cada persona sepa que los tratados de derechos humanos son útiles para su conducta de todos los días, que tienen una vinculación con su vida cotidiana, que no es sólo una cuestión de relaciones internacionales”.

La salud sexual y reproductiva fue un tema central en la agenda de la gestión de la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en el período analizado. Dentro de esta agenda, la ligadura tubaria fue uno de los temas prioritarios. Según lo manifestado por la Defensora Adjunta:



“Ya conseguimos que varias de las ligaduras se hicieran sin necesidad de recurrir a intervención judicial, porque en realidad lo que sostenemos todo el tiempo es que no hay que judicializar los casos de salud que tienen que ver con salud reproductiva. La estrategia que nosotros desarrollamos es, ya sea de oficio o porque viene la persona y se toma el caso, se hace la recomendación al hospital para que intervenga, sin judicializar el problema (...) Nosotros buscamos un patrocinio gratuito y empezamos a trabajar en colaboración con ese patrocinio, dándoles nosotros la estructura de los amparos (...) es casi como una danza de cortejo porque el hospital sabe que a la larga lo va a tener que hacer (...) con el tiempo empezaron a tener una respuesta un poco más rápida y mi idea es que en algún momento ni siquiera se requiera la intervención de la Defensoría, porque en parte la intervención de la Defensoría es un resguardo jurídico, si no hay necesidad de recurrencia judicial y si cada vez que la Defensoría hace la recomendación y esa recomendación sale en algún momento, se va a prescindir también de la Defensoría y esa es la meta: que el ciudadano vaya al hospital y entre las opciones esté la de ligarse las trompas y ella elija si se quiere ligar las trompas o no, se le hace el consentimiento y se aplica lo que tendría que ocurrir. No puede determinar ni la Defensoría del Pueblo ni un juez si hay que ligarle las trompas a una persona o no, eso lo determina un médico, si el médico considera que es una recomendación aceptable para la paciente se la da como una alternativa y la paciente decide”.

Una parte importante de este proceso es el “contacto directo” con el ciudadano. Las entrevistas personales juegan un rol fundamental para despejar las especificidades de cada presentación y las respuestas institucionales.

“A veces, es muy importante la entrevista con las mujeres porque no hay que presuponer que siempre que se acercan a la Defensoría pidiendo una ligadura, la ligadura tenga que hacerse; en algunos casos no hay que hacerla ... es importante conversar, a veces encontrás que la mujer correría riesgos ligándose las trompas, que en realidad es el compañero el que tendría que hacerse una vasectomía... por eso, la entrevista es importante. Si la mujer viene con su compañero, mejor, porque se puede reconocer las características del vínculo, comprender mejor la situación” .

TESTIMONIOS



TESTIMONIOS



Estrategia II:

Análisis de las mediciones realizadas por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires a los efectores de la red asistencial en los años 2000 y 2002

Luego de la sanción de la ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el año 2000, la Defensoría del Pueblo llevó adelante un relevamiento a los efectos de sistematizar información sobre el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En dicha oportunidad, se solicitó a los efectores que respondieran un cuestionario de 10 preguntas sobre el funcionamiento del Programa².

Dos años después, en 2002, con el objetivo de actualizar el diagnóstico sobre el funcionamiento del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, la Defensoría solicitó al CEDES la revisión del instrumento de relevamiento. En ese año, la encuesta fue aplicada a 18 hospitales. A continuación se presenta una síntesis de la información recogida en este nuevo relevamiento.

Evaluación del Programa (realizada en el año 2001 en relación al 2000):

- Cantidad de horas de atención semanal: 6 hospitales manifestaron que aumentó, mientras que 9 señalaron que no hubo cambios (1 hospital no respondió)
- Número de profesionales asignados al Programa: 7 hospitales manifestaron que aumentó, 1 hospital señaló que disminuyó y 7 señalaron que no hubo cambios (1 hospital no respondió)
- Diversidad de profesionales: 2 hospitales manifestaron que aumentó, 1 que disminuyó y 12 que no hubo cambios (1 hospital no respondió)
- Capacitación recibida por el equipo de salud: 7 señalaron que aumentó y 8 que no hubo cambios (1 hospital no respondió)

Fortalezas del Programa

- Compromiso de los profesionales
- Personal entrenado permanentemente
- Buena predisposición y desarrollo ininterrumpido de las actividades
- Interés de las autoridades
- Multi e interdisciplinariedad de los equipos
- Diálogo y comunicación con las usuarias

² Este trabajo fue realizado por el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

- Satisfacción de las demandas de la población
- Permanente afluencia de beneficiarios
- Buena organización de la tarea
- Comunicación con otros servicios del hospital
- Provisión regular de insumos
- Colaboración de los laboratorios en la provisión de anticonceptivos orales

Debilidades del Programa:

- Falta de personal médico rentado
- Falta de personal administrativo
- Personal insuficiente en diversas especialidades afines al Programa
- Diferencias ideológicas con el Programa por parte de algún jefe de servicio
- Poca disponibilidad horaria para la atención
- Mal funcionamiento del sistema de turnos
- Imposibilidad de ofrecer atención vespertina
- Falta de seguimientos regulares en forma y tiempo
- Escasa comunicación con la Coordinación del Programa
- Difusión deficitaria del Programa
- Falta de colaboración de algunos servicios del hospital
- Provisión intermitente de insumos en anticoncepción
- Falta un mayor espacio físico adecuado
- Carencia de privacidad en el espacio
- Carencia de sala de espera confortable

Entrevista semiestructurada: técnica de relevamiento de la información en la que el entrevistador sigue pautas específicas para cubrir los temas de interés para la investigación. El orden de las preguntas y el tiempo que el entrevistado dedica a cada una de ellas queda en manos del entrevistador para alcanzar una situación de entrevista fluida.

Encuesta: técnica de relevamiento de la información formada por preguntas abiertas (sin alternativas prefijadas de respuesta) y cerradas (con alternativas prefijadas de respuesta). Pueden contar con la presencia de un entrevistador (cara a cara; telefónicas) o ser realizadas sin la presencia de un entrevistador (autoadministradas; por correo). El orden y el fraseo de las preguntas debe ser respetado.

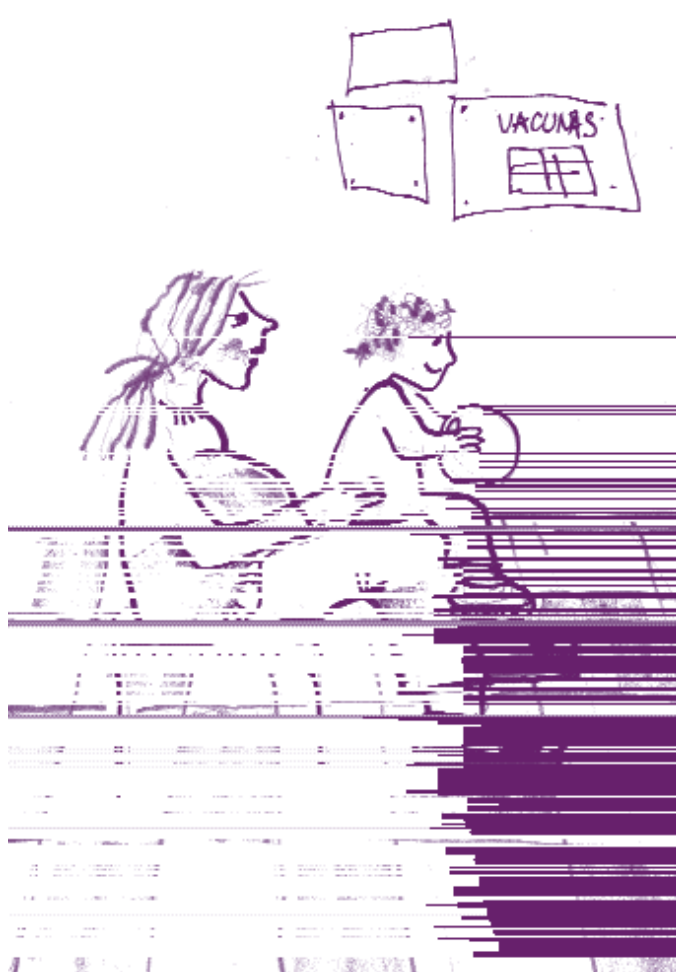
Observación: técnica de relevamiento de la información basada en el registro del comportamiento del individuo, objeto, unidad o acontecimiento a investigar.

Estrategia III:

Diagnóstico de la política pública de salud sexual y reproductiva de la ciudad de Buenos Aires: el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

En este apartado se presentan los resultados del diagnóstico a partir de las tres técnicas de recolección de información aplicadas: a) **entrevista semiestructurada** a los jefes de servicio/ Directores de centros de salud b) **encuesta** a los equipos de salud del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; c) **encuesta** a usuarias del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; y d) **observaciones** en los servicios ³.

En primer lugar se presenta un cuadro con el detalle de las unidades administrativas analizadas y las actividades desarrolladas en cada una de ellas. Seguidamente, se presentan los principales resultados.



³ Para el trabajo de campo se contó con la colaboración de los equipos de la consultora Knack.

Unidades Administrativas Relevadas

Unidad Administrativa	Entrevista a Jefes de Servicio/Directores de Centros de Salud	Encuesta a Profesionales de los Servicios / Centros de Salud	Encuesta a Usuaris
TOTAL	47	195	665
1. Hospital. Gral. de Agudos "Dr. Teodoro Alvarez"			
Servicio de Obstetricia	1	2	
Centro de Salud "Santa Rita"	1	La única profesional que trabaja fue entrevistada como directora del centro	
2. Hospital. Gral. de Agudos "Dr. Cosme Argerich"			
Servicio de Obstetricia	1	14	
Servicio de Ginecología	No forma parte del PPR	No forma parte del PPR	
CESAC 9	1	2	
CESAC 15	1	3	50
3. Hospital. Gral. de Agudos "Dr. Carlos Durand"			
Servicio de Tocoginecología	1	2	50
CESAC 22	1	1	
CESAC 23	1	2	
4. Hospital. Gral. de Niños "Pedro de Elizalde"			
Servicio de Ginecología para adolescencia	1		
5. Hospital. Gral. de Agudos "Dr. Juan A. Fernández"			
Servicio de Ginecología	1	8	
CESAC Nº 21	1	2	50
U.S Nº 26	1	2	
CESAC Nº 25	1	3	
CESAC Nº 17	No tienen PPR	Profesional de licencia	
6. Hospital Gral. de Niños "Ricardo Gutiérrez"			
Servicio de Adolescencia	1	1	27
7. Hospital. Gral. De Agudos "Dr. Parmenio Piñero"			
Servicio de Obstetricia	1	2	
CESAC 6	1	3	
CESAC 13	1	3	
CESAC 14	1	8	52

Unidad Administrativa	Entrevista a jefes de servicio / Directores de centros de salud	Encuesta a profesionales de los servicios / centros de salud	Encuesta a usuarias
CESAC 18	I	Profesional entrevistado en CESAC 31	
CESAC 19	I	4	
CESAC 20	I	3	
CESAC 24	I	14	
CESAC 31 "Barrio Illía"	I	1	
8. Hospital. Gral. de Agudos "Dr. José M. Penna"			
Servicio de Tocoginecología	I	1	
CESAC 8	I	6	
CESAC 10	I	3	50
CESAC 16	I	2	
CESAC 1	I	6	
CESAC 32	I	Profesional entrevistado en CESAC 8	
CESAC 30	I	Rechazo por problemas logísticos	
9. Hospital. Gral. De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"			
Servicio de Obstetricia	I	6	50
Servicio de Ginecología para adolescentes	I	5	
CESAC 2	I	5	
CESAC 12	I	3	31
U.S 27	No tienen director asignado (dependen directamente del Área Programática del Hospital)	Profesional entrevistado en CESAC 12	
10. Hospital "Bernardino Rivadavia"			
Servicio de Ginecología	De licencia	15	55
11. Hospital. Gral. De Agudos "Dr. J. M. Ramos Mejía"			
Servicio de Obstetricia	I	11	50
CESAC 11	I	4	50
12. Hospital. Gral. De Agudos "Dr. Francisco Santojanni"			
Servicio de Ginecología	I	5	
CESAC 3	I	3	50
CESAC 4	I	2	
CESAC 5	I	9	50
CESAC 7	I	2	
CESAC 29	I	5	

Unidad Administrativa	Entrevista a jefes de servicio / Directores de centros de salud	Encuesta a profesionales de los servicios / centros de salud	Encuesta a usuarias
13. Hospital. Materno Infantil "Ramón Sarda"			
Servicio de Tocoginecología	1	5	50
14. Hospital. Gral. De Agudos "Dalmacio Vélez Sársfield"			
Área Programática	1	3	
Servicio de Ginecología	1	2	
15. Hospital. Gral. De Agudos "Dr. Enrique Tornú"			
Servicio de Ginecología	1	8	
16. Hospital. Gral. De Agudos "Dr. Abel Zubizarreta"			
Área Programática	1	3	

Diagnóstico de la política pública de salud sexual y reproductiva de la ciudad de Buenos Aires

GLOSARIO

Observación: Técnica de relevamiento de la información basada en el registro del comportamiento del individuo, objeto, unidad o acontecimiento a investigar.

En este apartado se presenta el diagnóstico descriptivo elaborado a partir de los principales hallazgos de las tres investigaciones realizadas a jefes de servicio y/o directores de centros de salud, a los miembros de los equipos de salud y a las usuarias. Adicionalmente, se presentan los resultados provenientes de la aplicación de una guía de **observación**.

Principales resultados de las entrevistas a jefes de servicios de hospitales y directores de centros de salud

GLOSARIO

Entrevista semiestructurada: Técnica de relevamiento de la información en la que el entrevistador sigue pautas específicas para cubrir los temas de interés para la investigación. El orden de las preguntas y el tiempo que el entrevistado dedica a cada una de ellas queda en manos del entrevistador para alcanzar una situación de entrevista fluida.

Se aplicó una guía de **entrevista semiestructurada** a 47 jefes de servicio o directores de centros de salud de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires donde se aplica el Programa. Las entrevistas⁴ fueron realizadas por dos investigadoras del CEDES. Se aplicó un consentimiento informado. La duración de la entrevista fue de 60 a 90 minutos.

Perfil sociodemográfico de los jefes y directores

Sexo: 27 mujeres y 19 varones.

Edad promedio: 48, 65 años (rango: 35-69 años).

Conocimiento sobre las disposiciones legales y las normativas vigentes sobre salud sexual y reproductiva

La Ley 418 fue la más mencionada espontáneamente en un contexto de muy baja recordación espontánea de las normativas vigentes en salud sexual y reproductiva. Hubo un importante desconocimiento acerca de las siguientes cuestiones: que no se necesita la solicitud de consentimiento informado al cónyuge en caso de ligadura tubaria; los requisitos para el consentimiento informado a la mujer en caso de ligadura tubaria; que la planificación familiar es una obligación del Estado reconocida en la Constitución Nacional; el requisito de que el servicio tenga que ofrecer prestación aun cuando el profesional haga objeción de conciencia en caso de realización de ligadura tubaria; las causales de despenalización del aborto que establece el Código Penal; y si para los abortos no punibles hace falta la autorización del juez.

⁴ La inicial que aparece al final del paréntesis de cada testimonio identifica el sexo del entrevistado.

Concepción y promoción de derechos sexuales y reproductivos

Hubo consenso acerca de que los derechos sexuales y reproductivos pueden ser promovidos desde los servicios, pero también acerca de que esta promoción enfrenta dificultades: los prejuicios de los profesionales debido a su pertenencia religiosa y su actitud paternalista; la escasez de profesionales en el Programa; el insuficiente espacio físico y recursos; y la escasa percepción de derechos en la población debido a su bajo nivel sociocultural y económico y a su desconocimiento del Programa.

Jefe: El nivel cultural de los solicitantes.

Médica: El nivel cultural y la falta de información que tiene la gente.

Jefe: Eso es cultura.

P: ¿Y desde ustedes hay algún tipo de esfuerzo para que sientan que es un derecho eso?

Médica: Nuestro esfuerzo podría ser canalizado en un taller o en una charla. Volvemos a lo mismo, si hacemos un taller o hacemos una charla, sacamos de atención.

Médica 2: Mirá, en forma individual todo esto se hace, en la consulta aparece, porque somos dos mujeres ginecólogas, cuarentonas, digamos que tenemos muy claro qué es lo que queremos para las otras mujeres también, lo que pasa que no se llega masivamente. (CESAC)

Nivel de prioridad asignado a las acciones en salud sexual y reproductiva

Hubo consenso en priorizar las siguientes acciones:

- Implementar programas de educación sexual dirigidos a la población adolescente
- Implementar campañas de prevención de VIH/sida con distribución de preservativos
- Implementar y/o mejorar programas de asistencia en anticoncepción
- Implementar programas de asesoramiento anticonceptivo post aborto

Las siguientes acciones concitaron menor apoyo:

- Promover el debate público sobre la situación del aborto en el país.

...hasta que la ley no esté asentada no introduciría el tema del aborto, porque si no es lo que ellos nos están haciendo, uno trata de meter la ley y nos están diciendo que el aborto y no sé qué, y uno no está hablando del aborto, entonces no embarraría la cancha, realmente trataría de terminar con esto para empezar con lo otro. Sí es el paso que le sigue a esto. (Servicio de Ginecología para Adolescentes, F)

- Implementar programas para mejorar la atención de los abortos hospitalizados
- Reglamentar la provisión de ligadura tubaria y la vasectomía

TESTIMONIOS

TESTIMONIOS

Calidad de la atención ofrecida

Hubo consenso acerca de que la calidad de la atención es entre muy buena y excelente considerando el trato brindado por los profesionales a las pacientes; el cumplimiento de los objetivos del Programa (provisión de métodos anticonceptivos) y el carácter integral de la atención ofrecida.

TESTIMONIOS

Acá viene una paciente por ginecología, se cubre laboratorio, se hace interconsulta con un clínico, con una psicóloga, por ejemplo por el tema violencia. Es una modalidad de trabajo nuestra, las pacientes están muy contenidas. Llega y enseguida nos conectamos entre nosotros, trabajamos muy en equipo. Acá el tema es muy familiar, vienen por pediatría, pero después las vemos en gineco. (CESAC, M).

Entre los factores que atentan contra una buena calidad de la atención se mencionaron: la insuficiente cantidad de profesionales/horas de atención; las deficiencias de infraestructura; la falta de insumos y las dificultades con el hospital de referencia.

TESTIMONIOS

Si es a nivel personas, te digo yo creo que uno le pone el corazón para atender a la gente, porque nosotros estamos hacinados, incómodos y trabajamos mal, pero uno lo hace porque realmente le gusta, habrá quienes no porque tiene que ver con cada ser humano particular. Pero si le ponés calificativos acá y hacés un promedio te va a bajar la calidad. Lo que pasa es que a veces la calidad del espacio, del lugar, hace que uno a veces no esté con la misma gana, y eso influye en tu función como profesional. (Hospital, F)

Opinión sobre la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

Las situaciones que habitualmente provocan la derivación de casos a la Defensoría son las siguientes:

- **Ligadura tubaria**

Una paciente que quería ligadura de trompas y se la envió, como no sabíamos el manejo, la mandamos para, para que nos trajera una autorización legal y demás, y bueno, nos hizo todo un speech, la Defensoría, los pro y las contras, eh, citas bibliográficas, y diciéndonos como que la decisión final era nuestra. (Servicio de Obstetricia, Responsable del Programa, F)

- **Violencia sexual y/o familiar**

El caso de una nena adolescente a través del programa de procreación. Estaba embarazada en 6° grado. Se trabajó con la Defensoría, con el equipo de psicopedagogos y con el de orientación escolar. Nos consultaron y el diagnóstico

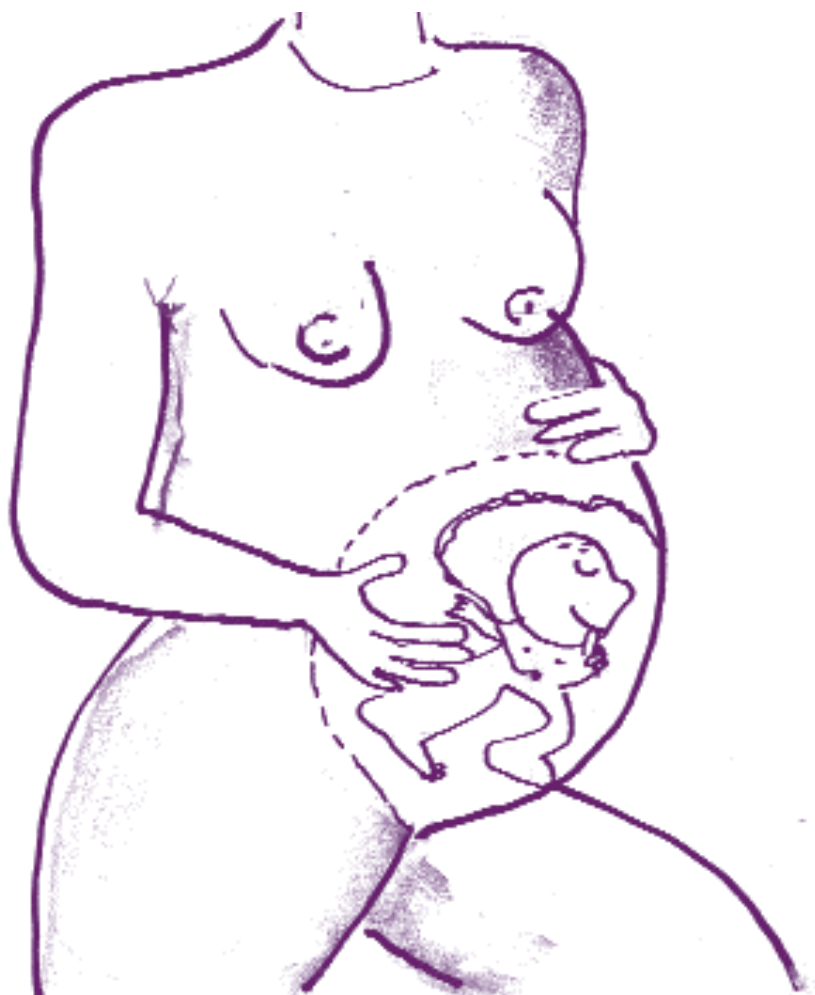
era obvio, e inmediatamente se hizo la derivación al hospital en donde se hicieron todos los estudios en el día. Y esto viene en aumento, por eso nosotros damos sexualidad en primaria. (CESAC, F)

- **Promoción de derechos y ciudadanía**

Hicimos el contacto para cuando instalamos el tema de derecho y ciudadanía, en el centro funcionan talleres, y también se trabajó con la Defensoría del Joven y el Adolescente. Estamos tratando de poquito a poco, mejorar un poquito la calidad del trabajo. (CESAC, F)

- Casos de dificultades económicas (acceso a medicamentos, alimentación, problemas de vivienda, trabajo)
- Consultas para evitar la judicialización de menores

TESTIMONIOS



Principales resultados de la encuesta a profesionales

Se aplicó una **encuesta** a 195 profesionales, correspondientes al total de profesionales que trabajan en el Programa. Se aplicó un consentimiento informado. La duración de la **encuesta** fue de 30 minutos en promedio.

Perfil sociodemográfico de los profesionales

- El 86% es de sexo femenino.
- Edad promedio: 41,8 años (rango: 25-75 años).
- Los equipos de salud son multidisciplinarios, con un fuerte predominio de médicos (58%); 17% proviene de las ciencias sociales (trabajo social, sociología, antropología y ciencias de la educación); 14% son obstétricas y/o enfermeros; y el 10% son psicólogos o psicopedagogos.
- Horas semanales de trabajo (promedio): 12,4 horas (rango 1- 86 horas).
- Antigüedad (promedio): 7 años (rango 0-30 años).
- El 79% de los profesionales es rentado.
- El 83% tiene una dedicación semiexclusiva.

Conocimiento del marco legal y las normativas vigentes sobre salud sexual y reproductiva

- El conocimiento sobre leyes, códigos y resoluciones relativos a la salud sexual y reproductiva es alto: 83% dijo conocer algún marco legal o normativa en este campo.
 - La ley 418 fue la más mencionada (85%); seguida por la ley 25.673 (43%).
 - El 50% opinó que se han producido cambios en el servicio/centro de salud desde la sanción de la ley 418. Entre los cambios producidos se destacaron: mayor regularidad en la provisión de métodos; aumento en la cantidad y diversidad de métodos anticonceptivos disponibles; y aumento del número de consultas en el servicio/ centro de salud.

Actividades de información, educación y comunicación

- 9 de cada 10 profesionales indicaron que informan siempre a las usuarias sobre: el derecho a recibir una atención gratuita de la salud; el derecho a recibir gratuitamente métodos anticonceptivos; el papanicolau; las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos; y el VIH/sida.
- 5 de cada 10 profesionales indicaron que informan siempre a las usuarias sobre anticoncepción de emergencia y el derecho a conocer la historia clínica.
- 5 de cada 10 profesionales indicaron que informan a las usuarias sobre

violencia si hay necesidad.

- Los profesionales se dividen en partes iguales al responder sobre las dificultades a las que se enfrentan para informar a las usuarias sobre los temas incluidos en la ley 418: el 50% considera que no tiene ninguna dificultad en informar sobre esos temas; el otro 50% considera que tiene algún grado de dificultad.
- El 83% opina que la falta de comprensión de las usuarias es el motivo principal de dificultad para informar.

Capacitación

- Por lo menos 8 de cada 10 profesionales consideraron necesaria la capacitación en los siguientes temas: salud sexual y reproductiva, sida, enfermedades de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos, legislación, bioética, violencia sexual y familiar, habilidades comunicacionales para la relación médico-paciente, y género.
- Desde el año 2000 a la fecha, la mayoría no ha participado en cursos de especialización o actualización, talleres, congresos, ateneos, etc. ofrecidos por iniciativa del Programa.
- 3 de cada 10 participaron en capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva, SIDA y enfermedades de transmisión sexual.
- 2 de cada 10 participaron en capacitaciones sobre derechos sexuales y reproductivos, legislación, violencia sexual y familiar, y bioética.
- 1 de cada 10 participó de capacitaciones sobre habilidades comunicacionales para la relación médico-paciente y género.

Concepción y promoción de derechos sexuales y reproductivos

- Más del 90% consideró que tiene la posibilidad de promover los derechos sexuales y reproductivos garantizados en la Constitución y en la ley 418 en la práctica cotidiana.
- Entre quienes consideran que no tienen la posibilidad de promover alguno de esos derechos, los obstáculos son: las condiciones de trabajo en el Programa, la falta de información o educación de las mujeres y el desinterés u oposición de la pareja de las usuarias.

Evaluación de la calidad de la atención ofrecida

La evaluación de la calidad de la atención ofrecida incluyó una evaluación general, en la que se midió la satisfacción de los profesionales respecto de su trabajo, y una evaluación de ciertos aspectos específicos de la calidad de la atención: la privacidad y la duración de la consulta.

Evaluación General

- El 94% evaluó positivamente la calidad de la atención ofrecida: 12% la con-

- sideró excelente; 45% la consideró muy buena; y 37% la consideró buena.
- Entre los principales obstáculos para brindar una buena atención se destacaron la sobrecarga de trabajo, las deficiencias en la infraestructura y la falta de insumos.
 - En una escala de 1 a 10, el orden de evaluación de diversos aspectos de la calidad fue el siguiente:
 - Aspectos cuya calificación fue mayor de 8 puntos: el respeto a los derechos de las usuarias, la disposición de los profesionales para contestar dudas de las usuarias, el trato de los profesionales a las usuarias, la claridad de la información brindada por los profesionales, la capacidad de los profesionales para resolver las necesidades de las usuarias y la capacitación del equipo profesional.
 - Entre 7 y 8 puntos: la duración de la consulta y la provisión de métodos anticonceptivos.
 - Entre 6 y hasta 7 puntos: el trato del personal administrativo a las usuarias y la limpieza del consultorio.
 - Los aspectos peor evaluados fueron: el sistema de turnos, el tiempo de espera y la limpieza de los baños.

Satisfacción

- El 77% de los profesionales manifestó estar muy satisfecho o bastante satisfecho con su trabajo.

Evaluación específica

La privacidad

- La evaluación de la privacidad durante las consultas fue relativamente negativa.
 - El 75% manifestó que *siempre o a veces* entra y sale gente del consultorio o hay gente adentro mientras atiende
 - El 63% manifestó que *siempre o a veces* se escucha lo que hablan otros profesionales con sus pacientes.
 - El 23% manifestó que *a veces o nunca* la mujer puede desvestirse sin que nadie la vea.

La duración de la consulta

- El promedio de duración de la consulta con los médicos es de 19,88 minutos. La mayor parte de los profesionales consideró que el tiempo de duración de la consulta es "justo el que necesita".

Organización del servicio y recursos

- Durante 2002, la disponibilidad de métodos anticonceptivos fue la siguiente:

Disponibilidad de métodos anticonceptivos durante 2002

	Siempre Suficiente	Siempre Insuficiente	A veces Suficiente	A veces Insuficiente	Nunca	NS/NC	Base
	%	%	%	%	%	%	
Preservativo masculino	78,5	2,3	12,9	3,9	2,2	-	(177)
Hormonales orales	53,0	13,4	20,1	10,9	1,2	1,2	(164)
Hormonales inyectables	44,6	4,5	21,1	19,1	7,6	3,2	(157)
DIU	39,9	7,6	23,4	15,2	11,4	2,5	(158)
Óvulos espermicidas	31,4	6,9	19,5	20,1	19,5	2,5	(159)
Anticoncepción emergencia	25,3	6,3	13,3	15,8	34,8	4,4	(158)
Gel espermicida	3,8	1,9	2,5	2,5	87,3	3,8	(157)
Diafragma	0,6	3,2	-	0,6	94,3	1,3	(158)
Esonja con espermicida	0,6	2,5	2,5	3,2	87,3	3,8	(157)
Preservativo femenino	-	-	-	-	97,0	3,0	(169)

Conocimiento y evaluación de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

- El 81% manifestó conocerla.
- La mayoría (64%) tuvo contactos con este organismo, ya sea por casos derivados desde la Defensoría (25%), por cuestiones vinculadas a su práctica profesional (23%) o a través de usuarias que llegaron al servicio/centro de salud (16,5%). Una proporción importante de profesionales (58%) no tuvo contactos con este organismo por razones vinculadas a su práctica profesional.
- El 70% evaluó el desempeño del organismo como bueno.

Principales resultados de la encuesta a usuarias

Se aplicó una **encuesta** a 665 mujeres usuarias de 14 unidades administrativas seleccionadas, previo consentimiento informado. En promedio, la duración de la **encuesta** fue de 22 minutos,

La **muestra** estuvo conformada por mujeres de 13 a 55 años, que fueron atendido en el servicio del hospital o en el centro de salud al menos una vez con anterioridad a la consulta de ese día. Se buscó cubrir la mayor variabilidad posible en la edad de las mujeres entrevistadas y en el día y hora de la consulta.

La muestra de 14 unidades administrativas fue intencionada. Los criterios de selección forzosa de los centros de salud y servicios de hospital fueron:

1. Su peso relativo en el universo: definido como la cantidad de consultas realizadas en el año 2001.
2. La composición de su equipo profesional: se incluyeron unidades con equipos multidisciplinarios y equipos formados sólo por médicos.
3. La ubicación geográfica: se incluyeron unidades de distintas zonas de la ciudad de Buenos Aires, como variable de aproximación al nivel económico social de las usuarias.

Perfil sociodemográfico e historia reproductiva de las usuarias

- Edad promedio: 28,24 años.
- Nivel educativo: 0,5% no tiene estudios; 7% posee nivel primario incompleto; 27% primario completo; 32% secundario incompleto; 21% secundario completo; 10% terciario/universitario incompleto y 2% terciario/universitario completo.
- Situación laboral: 50% son amas de casa y 3 de cada 10 trabajan fuera del hogar.
- El 86% de las usuarias carece de cobertura social. Entre las 93 entrevistadas que tienen cobertura actualmente; 87% tiene una obra social diferente de PAMI; 12% tiene una mutual o prepaga; y el 1% tiene PAMI.
- 6 de cada 10 pertenecen a familias cuyo ingreso mensual no supera los \$400.
- La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 16 años.
- Promedio de embarazos: 2,73 (base: mujeres que tuvieron algún embarazo), 2,29 (base: total de entrevistadas).
- Promedio de hijos/as nacidos vivos: 2,41 (base: mujeres que tuvieron algún embarazo), 1,98 (base: total de entrevistadas).

Calidad de la atención percibida

La medición de la calidad percibida incluyó una evaluación general y una descripción y evaluación específica de ciertos indicadores (trato e información, tiempos para la asignación de turnos y para ser atendidas, duración de la consulta y privacidad).

Evaluación general

- La evaluación general de la calidad percibida fue positiva:
 - 95% manifestó estar muy satisfecha o satisfecha con la atención recibida.
 - 96% recomendaría ese lugar a otra mujer.
- En una escala de 1 a 10, el orden de evaluación de diversos aspectos de la calidad fue el siguiente:
 - Entre 8 y 10 puntos: tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos, voluntad de los médicos para contestar sus dudas o preguntas, trato de los médicos, capacidad de los médicos/as para resolver sus necesidades, claridad de la información dada por los médicos y limpieza del consultorio.
 - Aspectos cuya calificación fue entre 7 y 8 puntos: posibilidad de expresar sus necesidades y quejas, información sobre trámites y trato del personal administrativo.
 - Aspectos cuya calificación fue entre 5 y 7 puntos: entrega de turnos, limpieza de baños y tiempo de espera.

Evaluación específica

Trato e información

- La evaluación de todos los aspectos relativos al trato y la información ofrecida durante la consulta es positiva. Más del 70% opinó que siempre:
 - Fue tratada con respeto (95%).
 - Fue escuchada con atención (90%).
 - Los médicos le explicaron lo que le iban a hacer (86%).
 - Los médicos le dieron una respuesta clara a las dudas o preguntas (85%).
 - Pudo formular las preguntas que tenía para hacer (82%).
 - Fue saludada al llegar (81%).
 - Se fue de la consulta tranquila, sintiendo que había resuelto lo que necesitaba resolver (80%).
 - Fue tomada en cuenta su situación familiar/personal (80%).
 - Fue llamada por su nombre (79%).
 - Al recetar el tratamiento, los médicos le explicaron qué le podía pasar o si corría algún riesgo (76%).
 - Los médicos le preguntaron si tenía alguna duda o pregunta (74%).

Tiempos de espera para la asignación de turnos y para ser atendida, y duración de la consulta

- El 68% de las usuarias reportó que recibe atención espontánea.
- Las mujeres que no son atendidas de manera espontánea deben esperar en promedio 7 días entre el momento de recibir el turno y el día de atención. Este tiempo es "justo el que quería" para 8 de cada 10 usuarias y "más del que quería" para la cuarta parte.
- El promedio de tiempo que transcurre entre que la mujer llega al lugar de atención hasta que es atendida es de 1 hora 45 minutos. Este tiempo de espera es "justo el que quería" para el 50% de las usuarias y "más del que quería" para el otro 50%.
- La mitad de las mujeres que recibe atención espontánea espera hasta 1 hora para ser atendida y la otra mitad debe esperar más de 1 hora.
- El promedio de duración de la consulta es de 16 minutos. Para casi la totalidad de la **muestra** ese tiempo es "justo el que quería".

La privacidad

La evaluación de la privacidad durante la consulta es relativamente positiva, con diferencias según los aspectos:

- El 86% dijo que *nunca o a veces* entró y salió gente del consultorio mientras fue atendida.
- El 83% dijo que *nunca o a veces* se escuchaba lo que hablaban otros médicos con sus pacientes.
- El 41% dijo que *nunca o a veces* hubo un lugar donde pudo desvestirse sin que nadie la viera.

Información recibida en la consulta

- El 78% consideró que la información dada por los médicos en la consulta era la que le hacía falta.
- Los temas más informados en la consulta contemplados en la ley 418 fueron: pastillas anticonceptivas (85%), preservativo (83%), Papanicolau (81%); el derecho a recibir gratuitamente métodos anticonceptivos (77%); prevención y transmisión del VIH/sida (74%); y DIU (72%).
- Los temas medianamente informados fueron: enfermedades de transmisión sexual (60%); lactancia materna (54%); el derecho a conocer la historia clínica (45%); otros métodos anticonceptivos -cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales y esponjas- (41%); y aborto (40%).
- Los temas menos informados fueron: violencia (35%); diafragma (35%); leyes y reglamentaciones sobre salud sexual y reproductiva (28%); anti-concepción de emergencia (24%); ligadura de trompas (21%); e infertilidad y esterilidad (19%).

Conocimiento del marco legal y las normativas vigentes

- El conocimiento del marco legal y las normativas vigentes sobre el derecho de las mujeres a la atención de la salud es muy limitado. El 87% de las usuarias dijo no conocer ninguna reglamentación o ley.
- Entre las usuarias que dijeron conocer alguna reglamentación, la ley 418 fue la más conocida (76%).

Concepción y posibilidades de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

- La totalidad de las encuestadas reconoció que todas las mujeres deben tener la posibilidad de ejercer los siguientes derechos: tener información y recursos necesarios para tomar decisiones sobre la vida sexual (100%); ser consultadas siempre antes de que se les realice un procedimiento médico (100%); decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales (99%); decidir libre y responsablemente si tener o no hijos y el número (99%) y tener relaciones sin temor a quedar embarazadas (99%).
- Al ser consultadas acerca de la posibilidad del ejercicio efectivo de cada derecho, las respuestas fueron menos positivas: tener información y recursos necesarios para tomar decisiones sobre la vida sexual (34%); ser consultadas siempre que se les realice un procedimiento médico (62%); decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales (51%); decidir libre y responsablemente si tener o no hijos y el número (37%) y tener relaciones sin temor a quedar embarazadas (36%).
- Comparando el "deber ser" y el "ser", la brecha, en orden decreciente, fue la siguiente:
 - Tener información y recursos necesarios para tomar decisiones sobre la vida sexual (66%).
 - Tener relaciones sin temor a quedar embarazadas (63%).
 - Decidir libre y responsablemente si tener o no hijos y el número (62%)
 - Decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales (48%).
 - Ser consultadas siempre que se les realice un procedimiento médico (38%).
- El principal obstáculo o limitación para que las mujeres no puedan tener esos derechos es, a juicio de las usuarias, la falta de información o educación de las mujeres (62%). El desinterés u oposición de la pareja fue mencionado en un distante segundo lugar (17%); y la falta de acciones del gobierno más aún (11%).

Conocimiento de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

- 8 de cada 10 usuarias no conocen la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.
- De las 156 usuarias que conocen el organismo, el 8% realizó algún trámite en esta institución.

Principales resultados de la observación en los servicios de salud

GLOSARIO

Observación: Técnica de relevamiento de la información basada en el registro del comportamiento del individuo, objeto, unidad o acontecimiento a investigar.

La **observación** de los servicios de los hospitales y centros de salud fue realizada a partir de una guía de observación (*checklist*). Se aplicó en 47 unidades administrativas el día en el que se realizaron las entrevistas con los jefes de servicio y directores de centros de salud.

Principales Resultados

- En la gran mayoría de los establecimientos observados (35) existe un área específica (cartelera, pared, etc.) para la provisión de información.
- La gran mayoría de las unidades (37) dispone de materiales de información, educación y comunicación sobre salud reproductiva.
- La mayor parte de los materiales disponibles son posters colgados en las carteleras.
- Los temas sobre los que hay mayor cantidad de materiales son (en orden decreciente): VIH/sida, anticoncepción, lactancia materna y derechos.
- Otros temas sobre los que hay información, en menor medida, son: enfermedades de transmisión sexual, violencia y cáncer génito mamario.
- Los materiales provienen (en orden decreciente) de organismos gubernamentales, organismos no gubernamentales y del propio servicio/centro de salud.
- La calidad de la atención fue medida a partir de la evaluación de ocho aspectos de la infraestructura, tanto del área de espera como de los consultorios. Los resultados se presentan en el siguiente cuadro (números absolutos)⁵:

⁵ Los aspectos del área de espera cuyo total no suma 47 corresponden a unidades en las que no se realizó la **observación**. Ello ocurrió en los consultorios en los cuales había una consulta, que se decidió no interrumpir, en el momento de realización de la **observación**.

	Área de espera		Consultorio	
	Satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio	No satisfactorio
Estado de limpieza	37	10	27	10
Privacidad auditiva (sólo consultorio)	--	--	25	12
Privacidad física (sólo consultorio)	--	--	25	13
Temperatura ambiental	31	15	24	14
Comodidad	23	23	21	17
Estado limpieza de los baños (sólo área de espera)	32	12	--	--
Cantidad baños disponibles (sólo área de espera)	26	18	--	--
Facilidad acceso a los baños (sólo área de espera)	28	16	--	--

Anexo Sección II

Propuesta de indicadores para el Monitoreo Ciudadano

En este apartado se presentan un conjunto de indicadores de estructura, proceso y resultado elaborados sobre los hallazgos del diagnóstico presentado en las secciones anteriores. El propósito de este conjunto de indicadores es fortalecer las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, para la fiscalización de las leyes y normativas vigentes, la observación del cumplimiento de las responsabilidades del Estado y sus funcionarios en esta materia y la detección de acciones negativas. En la sección 3 (Capítulo 2, Página 121) se describe cómo trabajar con los indicadores.

.La selección de estos indicadores se basó en tres perspectivas: integralidad en la política de salud reproductiva, género y derechos.

A continuación se presentan los indicadores resultantes de las dos encuestas aplicadas en el diagnóstico: la encuesta a profesionales y la encuesta a usuarias. Los cuadros detallan la dimensión de evaluación, la definición del indicador, la fórmula correspondiente, el estándar resultante de la línea de base relevada y la naturaleza del indicador

Listado de indicadores: Encuesta a Profesionales

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador
Recordación espontánea y correcta de marcos legales y normativas	Conocimiento del marco legal y las normativas vigentes		
	% de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	85% (162)	Resultado
	% de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	43% (162)	Resultado
	% de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la ley 153 Básica de Salud	4% (162)	Resultado
	% de profesionales que recuerda espontánea y correctamente el Código Penal (aborto)	4% (162)	Resultado
	% de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la ley 114 de Protección Integral de los derechos de Niños/as y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires	4% (162)	Resultado
	% de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la Convención sobre la Eliminación de toda forma de discriminación contra la Mujer (CEDAW)	2% (162)	Resultado
	% de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la ley 23.798 Nacional de SIDA	2% (162)	Resultado
	% de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la ley nacional 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar	1% (162)	Resultado

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador
	Actividades de información, educación y comunicación (I.E.C.) sobre salud sexual y reproductiva		
Información sobre salud sexual y reproductiva	% de profesionales que informa siempre sobre derecho usuarias a recibir una atención gratuita	92% (195)	Resultado
	% de profesionales que informa siempre sobre derecho a recibir gratuitamente MAC	91% (195)	Resultado
	% de profesionales que informa siempre sobre Papanicolau	89% (195)	Resultado
	% de profesionales que informa siempre sobre ventajas y desventajas MAC	88% (195)	Resultado
	% de profesionales que informa siempre sobre VIH/ sida	87% (195)	Resultado
	% de profesionales que informa siempre sobre el derecho a conocer la historia clínica	49% (195)	Resultado
	% de profesionales que informa siempre sobre anticoncepción de emergencia	46% (195)	Resultado
	% de profesionales que informa siempre sobre violencia	40% (195)	Resultado
Nivel de dificultad para informar temas	% de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre efectividad, contraindicaciones y correcta utilización de MAC	33% (195)	Resultado
	% de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre prevención de VIH/sida y otras enfermedades de prevención sexual	31% (195)	Resultado
	% de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre embarazos no deseados	29% (195)	Resultado
	% de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre patología génito-mamaria	29% (195)	Resultado
	% de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre edades e intervalos intergenésicos adecuados para la reproducción	25% (195)	Resultado
Disponibilidad IEC	% de profesionales que manifiesta que siempre dispone de IEC	36% (195)	Resultado

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador
Participación en actividades de capacitación del Programa	Capacitación		
	% de profesionales que participó en capacitación: salud sexual/ reproductiva	35% (195)	Resultado
	% de profesionales que participó en capacitación: VIH/sida	35% (195)	Resultado
	% de profesionales que participó en capacitación: ETS	30% (195)	Resultado
	% de profesionales que participó en capacitación: derechos	20% (195)	Resultado
	% de profesionales que participó en capacitación: legislación	18% (195)	Resultado
	% de profesionales que participó en capacitación: bioética	16% (195)	Resultado
	% de profesionales que participó en capacitación: violencia sexual y familiar	15% (195)	Resultado
	% de profesionales que participó en capacitación: habilidades para comunicación	14% (195)	Resultado
% de profesionales que participó en capacitación: género	12% (195)	Resultado	
Posibilidades de promoción de derechos en la práctica cotidiana	Concepción y promoción de derechos sexuales y reproductivos		
	% de profesionales que considera que tiene posibilidad de promover el derecho de las mujeres a tener relaciones sexuales sin temor a quedar embarazadas	97% (195)	Proceso
	% de profesionales que considera que tiene posibilidad de promover el derecho de las mujeres a ser consultadas siempre que se realice un procedimiento médico	97% (195)	Proceso
	% de profesionales que considera que tiene posibilidad de promover el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si tener hijos o no y el número	97% (195)	Proceso
	% de profesionales que considera que tiene posibilidad de promover el derecho de las mujeres a decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales	94% (195)	Proceso
	% de profesionales que considera que tiene posibilidad de promover el derecho de las mujeres a tener información y recursos necesarios para tomar decisiones sobre su vida sexual	93% (195)	Proceso
	% de profesionales que considera que tiene posibilidad de promover el derecho de las mujeres a vivir libremente la orientación sexual deseada	93% (195)	Proceso
	% de profesionales que considera que tiene posibilidad de promover que el varón participe en la decisión reproductiva	90% (195)	Proceso

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador
	Calidad de la atención ofrecida		
Evaluación de la calidad de la atención ofrecida	% de profesionales que evalúa excelente o muy buena la calidad de la atención	56% (195)	Resultado
Privacidad	% de profesionales que opina que nunca entra y sale o hay gente adentro del consultorio mientras atiende	18% (195)	Resultado
	% de profesionales que opina que nunca se escucha lo que hablan otros profesionales con sus pacientes	30% (195)	Resultado
	% de profesionales que opina que siempre la mujer puede desvestirse sin que nadie la vea	51% (195)	Resultado
Percepción de la duración de la consulta	% de profesionales que opina que el tiempo de duración de la consulta es menor del que necesita	26% (195)	Resultado
Satisfacción de los profesionales con el trabajo	% de profesionales que opina estar muy satisfecho con su trabajo en el servicio/ centro de salud	27% (195)	Resultado

Listado de indicadores: Encuesta a Usuaris

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador	
	Calidad de la atención percibida			
Evaluación global de la calidad de la atención	% de usuarias que dice encontrarse muy satisfechas	52% (665)	Resultado	
	% de usuarias que dice encontrarse satisfechas	42% (665)	Resultado	
Trato	% de usuarias que manifiesta que la tratan con respeto siempre	95% (665)	Resultado	
	% de usuarias que manifiesta que la escuchan con atención siempre	90% (665)	Resultado	
	% de usuarias que manifiesta que la saludan al llegar siempre	81% (665)	Resultado	
	% de usuarias que manifiesta que toman en cuenta la situación personal/ familiar siempre	80% (665)	Resultado	
	% de usuarias que manifiesta que la llaman por su nombre siempre	79% (665)	Resultado	
	Turno: tiempo transcurrido entre el día de entregar el turno y el día en que es atendida	Tiempo promedio entre la entrega del turno y el día de atención	7 días (149)	Estructura
	Percepción del tiempo de entrega del turno	% de usuarias que percibe que el tiempo para entrega del turno es mayor del esperado	24% (213)	Resultado
Espera: tiempo desde que llega al servicio/ centro hasta la consulta	Tiempo promedio entre llegada e ingreso a la consulta	1 h 45 m (663)	Estructura	
Percepción del tiempo de espera desde que llega hasta que entra a la consulta	% de usuarias que percibe que el tiempo para ser atendidas es mayor del esperado	51% (665)	Resultado	

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador
Duración de la consulta	Tiempo promedio duración de la consulta	16 min. (665)	Estructura
Percepción de la duración de la consulta	% de usuarias que percibe que el tiempo en la consulta es menor del esperado	11% (665)	Resultado
Privacidad: entrada / salida de gente del consultorio mientras es atendida	% de usuarias que manifiesta que nunca entró ni salió o hubo gente dentro del consultorio mientras la atendían	56% (665)	Resultado
Percepción de la entrada / salida gente del consultorio mientras es atendida	% de usuarias que percibe que le molesta mucho que entre y salga o haya gente del consultorio mientras es atendida	45% (665)	Resultado
Privacidad: lugar para desvestirse sin que nadie la viera	% de usuarias que percibe que siempre hubo un lugar para desvestirse sin que nadie la viera	51% (665)	Resultado
Privacidad: escucha a otros médicos y pacientes	% de usuarias que manifiesta que nunca se escucha lo que hablan otros médicos/as con sus pacientes	66% (665)	Resultado
Percepción de la presencia de la voces de otros médicos y pacientes durante la consulta	% de usuarias que percibe que le molesta mucho escuchar lo que hablan otros médicos/as con sus pacientes	30% (665)	Resultado
Información: le explicaron qué le iban a hacer	% de usuarias que manifiesta que siempre se les explicó lo que les iban a hacer	86% (665)	Resultado
Información: le dieron una respuesta clara a dudas y preguntas	% de usuarias que manifiesta que siempre le dieron una respuesta clara a dudas y preguntas	85% (665)	Resultado
Información: posibilidad de formular preguntas	% de usuarias que manifiesta que siempre tuvo la posibilidad de formular preguntas	82% (665)	Resultado
Información: resoluciones de lo que necesitaba resolver	% de usuarias que manifiesta que siempre tuvo la posibilidad de resolver lo que tenía que resolver	80% (665)	Resultado
Información: explicaciones tratamiento	% de usuarias que manifiesta que siempre le explicaron, al recetarle tratamiento, qué le podía pasar o si corría algún riesgo	76% (665)	Resultado
Información: le preguntaron si tenía alguna duda o pregunta	% de usuarias que manifiesta que siempre le preguntaron si tenía alguna duda o pregunta durante la consulta	74% (665)	Resultado
Información: pastillas anticonceptivas	% de usuarias que recibió información sobre pastillas anti-conceptivas	85% (665)	Resultado
Información: preservativo	% de usuarias que recibió información sobre preservativo	83% (665)	Resultado
Información: ventajas y desventajas MAC	% de usuarias que recibió información sobre ventajas y desventajas de los MAC	82% (665)	Resultado
Información: papanicolau	% de usuarias que recibió información sobre papanicolau	81% (665)	Resultado
Información: derecho recibir gratuitamente MAC	% de usuarias que recibió información sobre el derecho a recibir gratuitamente MAC	77% (665)	Resultado
Información: prevención VIH/sida	% de usuarias que recibió información sobre cómo se previene el VIH/sida	74% (665)	Resultado
Información: contagio VIH/sida	% de usuarias que recibió información sobre cómo se contagia el VIH/sida	74% (665)	Resultado
Información: derecho a atención gratuita de la salud			
Información: DIU			
Información: ETS			
Información: lactancia materna			

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador
Información: derecho conocer historia clínica	% de usuarias que recibió información sobre el derecho a recibir atención gratuita salud	73% (665)	Resultado
Información: cremas	% de usuarias que recibió información sobre DIU	72% (665)	Resultado
Información: aborto	% de usuarias que recibió información sobre ETS	60% (665)	Resultado
Información: violencia	% de usuarias que recibió información sobre lactancia materna	54% (665)	Resultado
Información: diafragma	% de usuarias que recibió información sobre el derecho a conocer su historia clínica	45% (665)	Resultado
Información: reglamentaciones y leyes	% de usuarias que recibió información sobre cremas	41% (665)	Resultado
Información: anticoncepción de emergencia	% de usuarias que recibió información sobre aborto	41% (665)	Resultado
Información: ligadura de trompas	% de usuarias que recibió información sobre violencia	35% (665)	Resultado
Información: infertilidad y esterilidad	% de usuarias que recibió información sobre diafragma	35% (665)	Resultado
Percepción de la información recibida	% de usuarias que recibió información sobre reglamentaciones y leyes	28% (665)	Resultado
	% de usuarias que recibió información sobre anticoncepción de emergencia	24% (665)	Resultado
Conocimiento de reglamentación / ley sobre el derecho de las mujeres a la atención de la salud	% de usuarias que recibió información sobre ligadura de trompas	21% (665)	Resultado
Conocimiento espontáneo de marcos normativos (entre las usuarias que conocen alguna reglamentación)	% de usuarias que recibió información sobre infertilidad y esterilidad	19% (665)	Resultado
	% de usuarias que considera que la información recibida es la información que le hacía falta	78% (665)	Resultado
Possibilidad de ejercicio de derechos sexuales y reproductivos	Conocimiento del marco legal y normativas vigentes		Resultado
	% de usuarias que conoce alguna reglamentación/ley sobre el derecho de las mujeres a la atención de la salud	13% (665)	Resultado
	% de usuarias que menciona espontánea y correctamente la ley 418 o sus contenidos	76% (87)	Resultado
	Concepción y posibilidades de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos		Resultado
	% de usuarias que opina que las mujeres no tienen la información y los recursos necesarios para tomar decisiones sobre su vida sexual	62% (665)	Resultado
	% de usuarias que opina que las mujeres no tienen la posibilidad de tener relaciones sexuales sin temor a quedar embarazadas	62% (665)	Resultado
	% de usuarias que opina que las mujeres no tienen la posibilidad de decidir libre y responsablemente si tener o no hijos y el número de hijos	61% (665)	Resultado

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador
	% de usuarias que opina que las mujeres no tienen la posibilidad de decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales	46% (665)	Resultado
	% de usuarias que opina que las mujeres no son consultadas siempre que se les realiza un procedimiento médico	32% (665)	

Listado de indicadores: Informe de Observaciones

Definición del indicador	Fórmula	Estándar / línea base	Tipo de indicador
	Área de espera		
Estado de limpieza	Número de unidades administrativas con un estado de la limpieza satisfactorio	37 (47)	Estructura
Temperatura ambiental	Número de unidades administrativas con una temperatura ambiental satisfactoria	31 (47)	Estructura
Comodidad	Número de unidades administrativas con una comodidad satisfactoria	23 (47)	Estructura
Estado de limpieza de los baños	Número de unidades administrativas con un estado de la limpieza de los baños satisfactorio	32 (47)	Estructura
Cantidad de baños disponibles	Número de unidades administrativas con una cantidad de baños satisfactorio	26 (47)	Estructura
Facilidad de acceso a los baños	Número de unidades administrativas con un acceso a los baños satisfactorio	28 (47)	Estructura
	Consultorio		
Estado de limpieza	Número de unidades administrativas con un estado de la limpieza satisfactorio	27 (47)	Estructura
Temperatura ambiental	Número de unidades administrativas con una temperatura ambiental satisfactoria	24 (47)	Estructura
Comodidad	Número de unidades administrativas con una comodidad satisfactoria	21 (47)	Estructura
Privacidad auditiva	Número de unidades administrativas con una privacidad auditiva satisfactoria	25 (47)	Estructura
Privacidad física	Número de unidades administrativas con una privacidad física satisfactoria	25 (47)	Estructura

Monitoreo de la Política Pública en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en la ciudad de Buenos Aires

Encuesta: técnica de relevamiento de la información formada por preguntas abiertas (sin alternativas prefijadas de respuesta) y cerradas (con alternativas prefijadas de respuesta). Pueden contar con la presencia de un entrevistador (cara a cara; telefónicas) o ser realizadas sin la presencia de un entrevistador (autoadministradas; por correo). El orden y el fraseo de las preguntas debe ser respetado.

Encuesta permanente de hogares: Encuesta realizada por el INDEC dos veces al año con el propósito de captar información referida a los niveles de ocupación y desocupación. Los temas relevados incluyen aspectos demográficos, ocupacionales, educativos, habitacionales y de ingreso. El relevamiento se realiza sobre una muestra de 36.000 viviendas que representa el 70% de la población urbana del país.

Entrevista semiestructurada: técnica de relevamiento de la información en la que el entrevistador sigue pautas específicas para cubrir los temas de interés para la investigación. El orden de las preguntas y el tiempo que el entrevistado dedica a cada una de ellas queda en manos del entrevistador para alcanzar una situación de entrevista fluida.

Incidencia: cociente entre el número de casos nuevos sobre la población expuesta.

Indicadores: expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción o razón.

Índice de masculinidad: cantidad de hombres por cada 100 mujeres.

Línea de base: información referida a los valores iniciales de los indicadores de un problema/situación social previa a una intervención determinada.

Línea de indigencia: es el valor monetario de una Canasta Básica de Alimentos (CBA), de costo mínimo, capaz de satisfacer un umbral elemental de necesidades energéticas y proteicas. Se considera indigentes a los hogares cuyos ingresos no alcanzan dicha línea o valor. En septiembre de 2002, el valor de la CBA en el Gran Buenos Aires para un adulto equivalente (varón de 30 a 59 años) fue de \$ 104,87.-

Línea de pobreza: es el valor monetario de una Canasta Básica Total (CBT), de bienes y servicios, capaz de satisfacer un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) consideradas esenciales. Se considera pobres a los hogares cuyos ingresos no alcanzan dicha línea o valor. En septiembre de 2002, el valor de la CBT en el Gran Buenos Aires para un adulto equivalente (varón de 30 a 59 años) fue de 231,77 pesos.

Monitoreo: herramienta que permite indagar y analizar a través de un proceso continuo el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con la planificación inicial de un Programa. Permite detectar deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución.

Morbilidad: el término morbilidad se refiere a las enfermedades y dolencias de una población.

Muerte materna: defunción de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a

cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Observación: técnica de relevamiento de la información basada en el registro del comportamiento del individuo, objeto, unidad o acontecimiento a investigar.

Promedio de hijos/as por mujer: cociente entre la cantidad de hijos/as nacidos vivos y la cantidad de mujeres.

Razón hombre/mujer: número de casos masculinos por cada caso femenino.

Tasa de fecundidad: es el número de nacidos vivos por 1.000 de mujeres comprendidas entre los 15 y 49 años en un determinado año.

Tasa de fecundidad adolescente: es el número de nacidos vivos por 1.000 de mujeres comprendidas entre los 15 y 19 años en un determinado año.

Tasa de mortalidad infantil: relación entre las defunciones de niños menores de 1 año, en un año dado, y los nacidos vivos de ese año.

Tasa de mortalidad materna: relación entre las defunciones maternas en un año dado y los nacidos vivos de ese año.

CENTRO DE SALUD



TERCERA SECCIÓN

**El monitoreo ciudadano de los
derechos sexuales y reproductivos**



Capítulo I

El monitoreo ciudadano

Monitoreo ciudadano

Información general

El **monitoreo** ciudadano es una de las herramientas de incidencia que pueden ser utilizadas por ciudadanas y ciudadanos. En la mayoría de los casos, la ciudadanía emprende estos **monitoreos** a través de organizaciones de la sociedad civil interesadas en hacer un seguimiento del funcionamiento de instituciones, áreas y programas de gobierno. El objetivo es mejorar la calidad y **transparencia** de los actos de gobierno a través de la **participación** y el control ciudadano.

El **monitoreo** cívico supone la **participación** activa y voluntaria de la ciudadanía, capacitada y organizada en grupos. El primer paso para abordar un monitoreo es definir claramente el tema que se abordará y elaborar un diagnóstico inicial.

Si la decisión es monitorear el cumplimiento de una ley, es necesario conocer previamente::

- Los contenidos de la ley que se va a monitorear y otras normativas relacionadas
- El funcionamiento de la institución encargada de aplicarla
- Quiénes son sus efectores
- Quiénes son sus destinatarios y destinatarias

Es importante el contacto con quienes van a ser monitoreados a través de la realización de **entrevistas**, reuniones, presenciar en forma directa sus actividades y la forma de interactuar con sus integrantes. Para realizar un seguimiento apropiado, las iniciativas de monitoreo cívico precisan extenderse en el tiempo. Suele ser útil la realización de informes periódicos para analizar los cambios que se han sucedido al respecto, tanto los logros alcanzados como las reformas pendientes.

El control ciudadano de la ley

Es fundamental que a la hora de planificar el **monitoreo**, las organizaciones lo hagan en función de sus intereses, capacidades y posibilidades.

Un **monitoreo** permite:

- Evaluar cuál es la situación inicial (**línea de base**) cuando no se han realizado estudios o mediciones previas sobre el cumplimiento de la ley.
- Establecer estándares (metas a alcanzar).
- En caso de existir mediciones previas, servirá para evaluar si la situación

GLOSARIO

Transparencia: Claridad en el funcionamiento de las instituciones. El concepto está vinculado al acceso de la ciudadanía a información y a documentos públicos que permitan realizar un control ciudadano de los actos de gobierno.

Participación: capacidad y posibilidad de las personas y los grupos de influir en las condiciones que afectan sus vidas.

ha mejorado o empeorado en relación a la línea de base.

En este sentido, el **monitoreo** llevado adelante por la Defensoría en el contexto del Programa Ciudadanía y Sexualidad tenía como objetivo establecer una **línea de base** y ciertos estándares a ser alcanzados para toda la ciudad de Buenos Aires. Esta información sobre el contexto general, sobre todas las agencias de salud de la red pública de la ciudad de Buenos Aires, tiene como objetivo constituirse en una referencia de base para otras mediciones, de características más acotadas, como pueden ser las que serán llevadas adelante por organizaciones de la sociedad civil.

Para analizar el alcance de un **monitoreo** de estas características es necesario tener en cuenta tres ejes:

- **El poder de influencia de la organización que lo realiza.** La Defensoría, en este caso, como organismo de control gubernamental -autónomo y autárquico- contaba con atribuciones para poder impulsarlo ya que las instituciones monitoreadas tenían la obligación de responder a sus pedidos de informes. A esto se sumaron sus antecedentes en el área y el trabajo que venía desarrollando para promover una red de trabajo con organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- **La capacidad técnica.** La capacidad técnica de una institución como el CEDES garantizó un estudio profesional y exhaustivo, así como los antecedentes del equipo del CEDES con una reconocida experiencia en el tema derechos sexuales y reproductivos.
- **Los recursos humanos y económicos.** El Programa Ciudadanía y Sexualidad contó con un financiamiento importante que le permitió ampliar su trabajo a todas las agencias de salud de la red pública de la ciudad de Buenos Aires.

A la hora de planificar el alcance del **monitoreo**, éstos tres elementos deben ser analizados en relación con las posibilidades de la organización que lo llevará adelante. Podría suceder que, por ser excesivamente ambiciosos, los objetivos a abordar se constituyan en verdaderas barreras para los fines propuestos.

Planificación y organización de un monitoreo ciudadano

Participar del **monitoreo** del cumplimiento de una ley o del **monitoreo** del funcionamiento de un programa implica definir previamente los aspectos que serán evaluados y establecer como serán utilizados los resultados para impulsar mejoras en esos temas. La necesidad de tomar estas decisiones es independiente del nivel de experiencia o sofisticación desarrollado por las organizaciones que se proponen tal empresa.

A fin de decidir los aspectos a ser evaluados, la organización deberá tener en cuenta:

- Sus intereses, vinculados en general a sus objetivos institucionales, a los cambios que se propone alcanzar
- Sus recursos, sean humanos o económicos, que definirán sus posibilidades de acción
- Su capacidad de organizarse, de establecer un plan de trabajo que determine claramente el ámbito de acción, los destinatarios, objetivos y metas a alcanzar, sus posibilidades de conformar alianzas, coaliciones y/o redes
- Su capacidad de influir en aquellas personas o instituciones (decisores políticos) responsables del tema para que incorporen las mejoras propuestas por la organización

La decisión de los pasos a seguir para obtener los cambios que se ha propuesto dependerá de cada organización. Como los escenarios políticos son cambiantes y complejos, no existen recetas. Sí, en cambio, existen una serie de aspectos a tener en cuenta que facilitarán el proceso y propiciarán mejores resultados. Cada organización deberá adaptarlos a sus propias características y **contexto**.

Ellos son:

I. Definir EL TEMA a abordar

Previo a iniciar nuestras acciones, es preciso definir el tema o problema a abordar, así como analizar sus posibles múltiples causas y consecuencias. A la hora de definir el tema es importante que la organización reconozca sus intereses, posibilidades y también sus oportunidades. En este sentido, por el tipo de trabajo que realizan muchas organizaciones tienen un contacto cercano con determinada comunidad. Esto les permite reconocer problemáticas específicas muchas veces difíciles de reconocer para organizaciones de dimensiones mayores que deben evaluar proyectos de manera más amplia. Por

GLOSARIO

Monitoreo: herramienta que permite indagar y analizar a través de un proceso continuo el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con la planificación inicial de un Programa. Permite detectar deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución.

Contexto: Conjunto de circunstancias que rodean o condicionan un hecho. Ámbito en el que se desarrolla una acción o un proyecto.

ejemplo, una organización barrial puede, por su cercanía, conocer detalles de la atención médica del Centro de Salud que corresponde a su zona de influencia, ésto puede marcarle una posible línea de acción a seguir.

Si una organización no tiene del todo claro los aspectos a abordar, puede comenzar haciendo un estudio exploratorio del tema en un ámbito específico, un diagnóstico. Por ejemplo, acerca de cómo es la entrega de anticonceptivos en los centros de salud cercanos a su organización o cuáles son las características de los consultorios donde atienden a las usuarias, si en el centro de salud reciben información acerca de todos los métodos anticonceptivos, etc.

En el proceso de trabajo, en función de la información que la organización vaya encontrando, podrá ajustar el tema sobre el que desea proponer cambios y mejoras y, en consecuencia, ir redefiniendo sus objetivos de trabajo.

2. Plantearse OBJETIVOS realistas y alcanzables

Para ello, es preciso tener bien claro:

- qué es lo que la organización quiere modificar,
- quién es el responsable de implementar este cambio,
- el alcance que tendrá, su ámbito y sus destinatarios,
- los plazos en los que la organización se propone alcanzar esos objetivos.

3. Conocer EL ESCENARIO POLÍTICO

Previo a iniciar cualquier intervención, entendida como una acción o una serie de acciones destinadas a lograr cambios en un cierto ámbito, es muy útil armar un diagnóstico del escenario político en el cual se actuará teniendo en cuenta los actores sociales que lo componen y evaluando el posible **impacto** de las acciones que se llevarán adelante en cada uno de ellos.

Concibiendo la política en un sentido amplio, todos los que participamos de una sociedad hacemos política. Uno de los instrumentos más eficaces para la acción política es lo que se llama técnicamente el análisis del escenario político. El escenario político nos muestra quiénes son los actores que están participando de ese **contexto** en el que pretendemos intervenir, reconocer con quiénes vamos a interactuar, sus características, identificar quiénes son aliados, a quiénes deberemos informar y sensibilizar sobre el tema, quiénes opondrán resistencia, cuáles son sus ideas, cómo se mueve cada uno de ellos, cómo podemos integrarnos a esa trama compleja de actores que nos precede. Tengamos en cuenta que esos escenarios no cobran vida a partir de

G L O S A R I O

Impacto: efectos o consecuencias - positivas o negativas - que surgen de la implementación de una acción, programa o política, esperados o inesperados.

Estrategia: Plan general e integrado de acciones coordinadas dirigidas a un objetivo específico.

nuestro interés por ciertos temas; la política y el escenario sobre el que vamos a intervenir tienen su historia, ya están allí precediéndonos. Por todo esto es fundamental preguntarnos acerca de la posición que vamos a ocupar y qué relación tendremos con otros actores ya existentes.

Cuanto mejor comprendamos ese escenario y a sus actores, mejor va a ser nuestra capacidad para desarrollar una estrategia adecuada orientada a lograr los cambios que nos proponemos.

Como analogía, imaginemos que estamos interesados en construir una casa, previo a desarrollar un plan para su construcción, necesitamos hacer un reconocimiento del terreno donde se implementará la obra. El análisis del escenario político no es, ni más ni menos, que un reconocimiento del terreno.

En todo escenario, hay tres elementos fundamentales:

ACTORES: Todos los actores tienen intereses, expectativas, orientan sus acciones en función de algo que desean obtener. Tienen puntos de vista, miran el mundo desde un lugar y conforme ese cristal con que lo miran tienen un diagnóstico, priorizan algunos aspectos, descartan otros.

ACCIONES: Estos actores despliegan acciones, que son el segundo componente del escenario político. Cualquiera sea el lugar de inserción que tenga cada uno, recordemos que todos hacemos política - sea a través de nuestras acciones o de nuestras omisiones-.

HISTORIA: Muchas veces perdemos de vista la historicidad de los hechos y nos relacionamos con la acción política como si todo naciera instantáneamente a partir de nuestra mirada o interés.

Como planteamos anteriormente, en la etapa de reconocimiento del terreno - previo a las acciones que desplegaremos- es importante saber qué es lo que piensa la gente sobre el tema y su grado de conocimiento. Es una información muy útil para diseñar estrategias de acción política. No es lo mismo contar con la opinión favorable de la ciudadanía para implementar un cambio que no contar con su apoyo, aún cuando se esté convencido de que ese cambio es necesario o hay que promoverlo igual. Este mismo razonamiento lo podemos aplicar a cada uno de los diferentes actores que conforman el escenario político en el cual nos moveremos. Por esto es tan importante armarlo previamente, analizarlo, buscar información sobre qué piensa cada actor, evaluar la posición de nuestro proyecto respecto del resto de los actores que participan de ese escenario, armar ese rompecabezas,

Se dice habitualmente que tener un buen diagnóstico es más del 50% de la solución de cualquier problema. El análisis del escenario político es, precisamente, el diagnóstico por excelencia que tenemos que hacer para poder diseñar intervenciones adecuadas y efectivas.

El Programa Ciudadanía y Sexualidad **es un ejemplo de intervención en un escenario político**, que tiene como objetivo principal, dentro de sus distintas intervenciones, el monitoreo del cumplimiento de una ley (Ley 418) por parte de los efectores del Programa de Salud Reproductiva y Paternidad Responsable, en los equipos de salud de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires que establece **políticas públicas**.

Los siguientes **actores** forman parte del escenario del Programa Ciudadanía y Sexualidad,

- La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires,
- El CEDES - que es la institución a la cual se le solicitó el diagnóstico
- El conjunto de ONGs que se integran al proyecto de monitoreo del cumplimiento de la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Forman parte de esta iniciativa organizaciones con intereses muy diversos,
- La ciudadanía, ya sea participando del proyecto a través de representantes de organizaciones de la sociedad civil, como usuarias y usuarios de servicios de salud o como ciudadanos y ciudadanas reclamando por el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos,
- Equipos y servicios de salud de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires,
- Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Secretaría de Salud y otros decisores políticos
- Red de Defensorías, Defensorías de distintos lugares del país interesadas en la promoción y defensa de los derechos de la mujer
- Medios de comunicación y líderes de opinión

4. Reunir y analizar INFORMACIÓN EXISTENTE

Antes de intervenir, es fundamental relevar la información existente sobre el tema a abordar. Ella puede provenir de diversas fuentes.

- *Datos e investigaciones académicas*: encuestas, datos estadísticos, informes y estudios sobre el tema. La fuente principal de esta información son las universidades y centros de estudio o investigación. Por ejemplo: los resultados del **monitoreo** llevado adelante por el Programa Ciudadanía y Sexualidad.
- **Información pública**: información que se encuentra en poder del Estado, como por ejemplo, informes del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsables, datos relacionados con su presupuesto, sus profesionales, etc.
- *Información periodística*: periodistas que hayan realizado investigaciones periodísticas y escrito notas sobre el temas a abordar. Muchos diarios permiten realizar búsquedas de notas pasadas en sus sitios de

G L O S A R I O

Políticas públicas: Conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar problemas que considera prioritarios.

G L O S A R I O

Información pública: todo dato o documentación desarrollada como consecuencia de un acto o actividad de una entidad pública, o que ha sido recopilada por ésta o que está en su posesión, aun cuando no la haya producido.

Internet o en sus propias sedes.

- *Información de la comunidad:* estudios de campo o relevamientos realizados por alguna organización perteneciente a una comunidad en particular. Por su contacto directo con las personas, muchas organizaciones suelen producir informes acerca de las condiciones de vida de las personas o de distintos aspectos de la vida de su comunidad.

5. Diseñar un PLAN DE ACCIÓN

Una vez definido el tema y analizado el escenario político, es preciso planificar una **estrategia** de trabajo. Esto es trazar un mapa que guiará a nuestra organización a través de los caminos que deberá recorrer para alcanzar los objetivos propuestos.

Un plan de acción es necesario porque permite:

- Analizar las oportunidades y las limitaciones que presenta la situación de partida
- Elegir cuidadosamente cómo utilizar y equilibrar recursos y tiempos, habitualmente escasos
- Decidir cómo lograr los objetivos de corto plazo (por ejemplo, informar a usuarias y profesionales de un determinado centro de salud acerca de un tema vinculado a los Derechos Sexuales y Reproductivos) así como las metas a largo plazo (por ejemplo, mejorar el respeto por los Derechos Sexuales y Reproductivos en toda la comunidad)

El éxito de una **intervención** como es en este caso el monitoreo del cumplimiento de una ley, depende en gran parte de lograr el compromiso de los distintos **actores** involucrados: los miembros de la organización, la ciudadanía, los beneficiarios directos, los organismos gubernamentales implicados, los medios, etc.

Parte de los contenidos de este capítulo han sido adaptados del *Manual de Participación e Incidencia para Organizaciones de la Sociedad Civil*, María Poli et al., Foro del Tercer Sector. Temas Grupo Editorial (de próxima publicación).

Capítulo 2

Herramientas de trabajo para el
monitoreo ciudadano:
Los “indicadores trazadores”

Indicadores: expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción o razón.

Línea de base: información referida a los valores iniciales de los indicadores de un problema/ situación social previa a una intervención determinada.

Monitoreo: herramienta que permite indagar y analizar a través de un proceso continuo el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con la planificación inicial de un Programa. Permite detectar deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución.

En la segunda sección se presentó el monitoreo técnico de la **línea de base** del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En este capítulo se presentan los “**indicadores trazadores**”, herramientas de trabajo surgidas del **monitoreo técnico** para facilitar el trabajo de las organizaciones en la implementación del *monitoreo ciudadano*.

Los **indicadores** permiten hacer observable, cuantificable o registrable un problema, o cierto aspecto de ese problema, que no es observable a simple vista.

Como se mostró previamente, el **monitoreo técnico** proporciona información de contexto sobre una política pública. Por este motivo, las tres estrategias utilizadas tuvieron como objetivo relevar información proveniente de los distintos actores sociales y políticos intervinientes en esa política pública: la ciudadanía, los prestadores y las usuarias de los servicios de salud, y la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Los “**indicadores trazadores**” del monitoreo ciudadano, en cambio, son instrumentos para la acción política. Los resultados del monitoreo ciudadano permitirán saber si el estándar surgido del monitoreo técnico se mantiene, mejora o empeora.

El trabajo de cada ONG con los indicadores trazadores estará sujeto a diversos factores: las condiciones sociales y políticas, el ámbito específico de acción, la temática a monitorear, los recursos humanos y financieros con que se cuente. No es lo mismo monitorear el estado de limpieza de un centro de salud que el trato brindado por un profesional a una usuaria o los motivos de la no provisión de un método anticonceptivo.



Para tener en cuenta

Algunas cuestiones básicas a tener en cuenta en la organización del trabajo son las siguientes:

► Referidas a la organización general del trabajo

- Determinar objetivos
- Fijar plazos para futuras mediciones
- Designar responsables
- Decidir, para cada indicador, acciones futuras que permitan generar cambios y mejoras en ese aspecto

► Referidas al trabajo específico en el terreno

Antes de comenzar a trabajar:

- Conocer los horarios de funcionamiento del servicio
- Diseñar alguna metodología de ingreso al servicio
- Solicitar entrevistas a los jefes de servicio (quizás sea necesario

- enviar previamente una carta)
- Diseñar un esquema de días y horarios
- Preparar formularios de registro de la información y de consentimiento informado
- Sistematizar la información relevada en los formularios
- Tener en cuenta resguardos éticos

“Indicadores trazadores”

El listado de “indicadores trazadores” para el monitoreo ciudadano que se desarrolla a continuación fue elaborado a partir de dos fuentes:

- 1 Los resultados obtenidos en el **monitoreo** técnico (ver Sección 2, Capítulo 2)
- 2 Los datos surgidos de una **encuesta** que se les realizó a las ONGs que asistieron a la capacitación brindada por el Programa Ciudadanía y Sexualidad en noviembre de 2003. En aquella oportunidad se solicitó que contestaran las siguientes preguntas:

Con relación a su ONG

- ¿cuál/es son los indicadores del monitoreo técnico que le interesa monitorear y a través de qué técnica?

- ¿cuál/es son los indicadores del monitoreo técnico que le resulta posible monitorear y a través de qué técnica?

Del análisis de las respuestas de las ONG se destaca su interés por trabajar en los siguientes temas, a partir de indicadores específicos para cada técnica de relevamiento (observación, encuestas a usuarias y a profesionales):

- **Calidad de la atención**
- **Información sobre temas de salud y derechos sexuales y reproductivos**

G L O S A R I O

Encuesta: técnica de relevamiento de la información formada por preguntas abiertas (sin alternativas prefijadas de respuesta) y cerradas (con alternativas prefijadas de respuesta). Pueden contar con la presencia de un entrevistador (cara a cara; telefónicas) o ser realizadas sin la presencia de un entrevistador (autoadministradas; por correo). El orden y el fraseo de las preguntas debe ser respetado.

Dimensión	Indicador	Técnica de relevamiento
CALIDAD DE LA ATENCIÓN	<p>Estado de limpieza área de espera: Número de unidades administrativas con un estado de la limpieza satisfactorio</p> <hr/> <p>Comodidad área de espera: Número de unidades administrativas con una comodidad satisfactoria</p> <hr/> <p>Estado de limpieza de los baños área de espera: Número de unidades administrativas con un estado de la limpieza de los baños satisfactorio</p> <hr/> <p>Cantidad de baños disponibles área de espera: Número de unidades administrativas con una cantidad de baños satisfactorio</p> <hr/> <p>Estado de limpieza consultorios: Número de unidades administrativas con un estado de la limpieza satisfactorio</p> <hr/> <p>Número de unidades administrativas con una comodidad satisfactoria</p> <hr/> <p>Privacidad auditiva consultorios: Número de unidades administrativas con una privacidad auditiva satisfactoria</p> <hr/> <p>Privacidad física consultorios: Número de unidades administrativas con una privacidad física satisfactoria</p> <hr/> <p>Percepción del tiempo de espera desde que llega hasta que entra a la consulta: % de usuarias que percibe que el tiempo para ser atendidas es mayor del esperado (del que quería)</p> <hr/> <p>Percepción de la duración de la consulta: % de usuarias que percibe que el tiempo de duración de la consulta es menor del esperado (del que quería)</p> <hr/> <p>Privacidad: entrada/ salida de gente del consultorio mientras es atendida: % de usuarias que manifiesta que nunca entró ni salió o hubo gente dentro del consultorio mientras la atendían</p> <hr/> <p>Privacidad: lugar para desvestirse sin que nadie la viera: % de usuarias que percibe que siempre hubo un lugar para desvestirse sin que nadie la viera</p> <hr/> <p>Privacidad: escucha a otros médicos y pacientes: % de usuarias que manifiesta que nunca se escucha lo que hablan otros médicos/as con sus pacientes</p> <hr/> <p>Recordación espontánea de marcos legales y normativas: % de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable</p> <hr/> <p>Recordación espontánea marcos legales y normativas: % de profesionales que recuerda espontánea y correctamente la ley 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable</p>	<p>Observación</p> <hr/> <p>Encuesta a usuarias</p> <hr/> <p>Encuesta a profesionales</p>
INFORMACIÓN	<p>Disponibilidad de I.E.C.: Número de unidades administrativas que disponen de IEC en la sala de espera</p> <hr/> <p>Información: % de usuarias que recibió información sobre MAC</p> <hr/> <p>Información: % de usuarias que recibió información sobre derecho a recibir gratuitamente MAC</p> <hr/> <p>Información: le preguntaron si tenía alguna duda o pregunta: % de usuarias que</p>	<p>Observación</p> <hr/> <p>Encuesta a usuarias</p>

<p>manifiesta que siempre le preguntaron si tenía alguna duda o pregunta durante la consulta</p> <p>Percepción de la información recibida: % de usuarias que considera que la información recibida es la información que le hacía falta</p> <p>Nivel de dificultad para informar temas: % de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre efectividad, contraindicaciones y correcta utilización de MAC</p> <p>Nivel de dificultad para informar temas: % de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre prevención de VIH/sida y otras enfermedades de prevención sexual</p> <p>Nivel de dificultad para informar temas: % de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre embarazos no deseados</p> <p>Nivel de dificultad para informar temas: % de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre patología génito-mamaria</p> <p>Nivel de dificultad para informar temas: % de profesionales que considera muy+ bastante+ algo difícil informar sobre edades e intervalos intergenésicos adecuados para la reproducción</p>	<p>Encuesta a profesionales</p>
---	---------------------------------

¿Cómo trabajar con los “indicadores trazadores”?

A continuación se presenta un ejemplo sobre cómo trabajar con los indicadores basado en el tema Métodos Anticonceptivos (MAC), a partir de la técnica de encuesta.

En la encuesta a usuarias del monitoreo técnico se realizaron las siguientes preguntas referidas a la información recibida sobre métodos anticonceptivos:

Le voy a leer una lista de temas. Para cada uno de ellos quisiera que me dijera si recibió información, (haya preguntado o no) o no recibió información

	Recibió información	No recibió información	No sabe	No contesta
.... Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos	1	2	8	9
.... El derecho a recibir gratuitamente métodos anticonceptivos	1	2	8	9

► En el listado de **indicadores** del monitoreo técnico se describe el resultado alcanzado (ver Anexo Sección 2, Página 101) :

- **INDICADOR:** Información, ventajas y desventajas MAC
- **Fórmula:** % de usuarias que recibió información sobre MAC

- **Estándar:** 82% (665 usuarias)

- **Técnica:** encuesta

- **INDICADOR:** Información, derecho a recibir gratuitamente MAC

- **Fórmula:** % de usuarias que recibió información sobre derecho a recibir gratuitamente MAC

- **Estándar:** 77% (665 usuarias)

- **Técnica:** encuesta

► En el listado de indicadores del monitores ciudadano presentado previamente se incorporó la fórmula del indicador.

Sugerimos realizar el trabajo de monitoreo teniendo en cuenta las cuestiones organizativas propuestas así como las acciones de incidencia que desarrollará la organización a partir de los resultados obtenidos en el monitoreo (Ver Sección 3, Capítulo 3)

Capítulo 3

Cómo incidir a partir de los resultados del monitoreo ciudadano

¿Cómo proceder a partir de los resultados obtenidos en el monitoreo?

La información obtenida en el **monitoreo** permitirá a la/s organización/es:

- Señalar aquellos aspectos de la política pública implementada que no están funcionando adecuadamente.
- Desarrollar una **estrategia** tendiente a mejorar la situación.
- Sostener argumentos más firmes - basados en los datos obtenidos- que permitirán defender una determinada posición o contrarrestar argumentos y posiciones opuestas.
- Modificar percepciones, creencias y opiniones acerca del tema a abordar.
- Concientizar, educar y difundir nuevos aspectos del tema.
- Identificar los aspectos positivos de las **políticas públicas** monitoreadas.

Acciones a implementar para incidir en los cambios propuestos

A partir de los datos obtenidos en el **monitoreo** y de la **estrategia** planificada a partir de ellos, las acciones de incidencia son los pasos específicos que los integrantes de la organización - y otras personas y organizaciones que trabajarán junto a ella - deberán realizar para influir sobre los **actores** e instituciones responsables de implementar los cambios que procura impulsar la organización.

Instrumentos y Herramientas de Incidencia

Los instrumentos y herramientas permiten que la **estrategia** de incidencia se haga realidad. Para concretar los objetivos de interés público que una organización o coalición se ha propuesto se conjugan diferentes acciones, por ejemplo, educar a los vecinos sobre sus derechos, relevar información sobre un tema y a partir de ella acercar recomendaciones a las autoridades, presentar un recurso de amparo, difundirlo en los medios de comunicación, organizar una coalición de trabajo, entre otras.

A continuación presentamos un menú de herramientas que las organizaciones podrán utilizar para incidir:

GLOSARIO

Tomadores de decisiones: Referentes, decisores públicos.

Elementos básicos.

Cartas, llamados y reuniones con tomadores de decisiones

El envío de cartas, el teléfono y fax, las reuniones y el uso de Internet son instrumentos básicos que sirven de soporte a la mayoría de las acciones de incidencia. Son medios de llegada a los **tomadores de decisiones**, aunque tam-

bién pueden servir para organizar el trabajo de incidencia entre los integrantes de una alianza o coalición y para comunicar el tema a fin de buscar apoyos y mantener informados a quienes la apoyan.

I. Cartas

Elementos que deben estar presentes en las cartas:

- Quiénes somos (nombre, misión, actividades, etc. de la organización o coalición)
- Qué es lo que solicitamos (por ejemplo, aprobar una ley o reglamentarla, modificar una política pública, etc.)
- Cuáles serán los efectos de la política pública que se solicita (aprobar, modificar, etc.)
- Quién/es apoya/n esta iniciativa

► SUGERENCIAS:

- Se sugiere expresar el propósito de la carta en el primer párrafo.
- Mostrar el mayor nivel posible de conocimiento que tiene la organización sobre el tema.
- Enviar una nota de agradecimiento si el destinatario de la carta responde a la solicitud.

2. Llamados telefónicos:

A la hora de realizar las llamadas, la persona que realiza el llamado debe:

- Identificarse por su nombre y apellido, y por la organización o coalición a la que pertenece
- Expresar en pocas palabras el/los tema/s sobre los que desea hablar
- Explicar brevemente la posición de la organización (o coalición) y qué es lo que esperan que el/los tomador/es de decisiones haga/n al respecto

► SUGERENCIAS:

- Preguntar cuál es la posición del tomador de decisión sobre la cuestión.
- No discutir si expresa una visión opuesta o si aún no posee una opinión o decisión al respecto.
- Los tomadores de decisiones (sean éstos funcionarios públicos o legisladores) a menudo no se encuentran disponibles para atender todos los llamados telefónicos, siempre es útil hablar con una persona de su equipo que pueda funcionar como interlocutora para transmitir el mensaje,
- Realizar el seguimiento del llamado con una nota, enfatizando la posi-

ción de la organización o coalición.

3. Reuniones (comunicación cara a cara):

A la hora de organizar la reunión, convendrá:

- Facilitar las posibilidades del encuentro, ofreciendo varias alternativas de fechas y horarios.
- Averiguar previamente cuál es la posición del tomador de decisión sobre el tema o política que será objeto de la reunión.
- Prepararse para explicar de qué manera la política pública afectará a los miembros o beneficiarios de la organización o coalición y a la comunidad en general (según corresponda)
- Armar una presentación de no más de 2 minutos para utilizar al inicio de la reunión (de modo tal que si ésta se interrumpe, habrá sido posible expresar el punto central del encuentro). Esta presentación debería incluir:
 - La presentación personal y la de la organización o coalición a la que pertenece/n.
 - El tema sobre el que hablarán.
 - Qué es lo que esperan del tomador de decisión.
- Entregar en un material informativo de no más de 2 hojas un resumen con los datos básicos sobre el tema y sobre la organización o coalición.

► SUGERENCIAS:

- Antes de retirarse de la reunión, preguntar de qué manera la organización o coalición puede colaborar , por ejemplo, brindando mayor información sobre el problema o hablando con otros tomadores de decisiones.
- Realizar el seguimiento del encuentro con una nota de agradecimiento y cualquier tipo de información adicional que haya sido solicitada durante su transcurso.

4. Comunicaciones utilizando Internet

El uso de Internet ofrece varias ventajas para la incidencia. No sólo facilita la conexión entre personas y organizaciones dedicadas a promover causas de interés público, sino que permite hacer sentir la fuerza de sus mensajes en los ámbitos donde se toman las decisiones. Es importante tener en cuenta que todavía el porcentaje de organizaciones que cuentan con acceso a estas tecnologías es bajo.

Posibles usos de Internet

- Como recurso educativo

- Como herramienta para buscar información sobre el tema: informes, artículos, bases de datos, manuales, síntesis de legislaciones, seguimiento de actividades políticas, boletines, sitios de interés, sitios de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con el tema.
- Como alternativa a los medios de comunicación formales para la publicación de noticias.
- Como herramienta de debate, para intercambiar información y experiencias.
- Para combinar los preparativos o realizar el seguimiento posterior de seminarios y talleres de capacitación
- Como herramienta de participación para organizar y convocar al público a participar.
- Para organizar campañas que promueven acciones específicas de presión sobre ámbitos y autoridades de gobierno.
- Como herramienta de organización, es posible utilizar Internet para organizar los aspectos logísticos.

Herramientas formales y no formales de incidencia

Herramientas formales de incidencia

Iniciativa popular
 Audiencias públicas
 Acciones ante los Tribunales
 Presupuesto Participativo
 Consejos Consultivos
 Elaboración participada de normas
 Revocatoria de mandatos

Herramientas no formales de incidencia

Uso de los medios de comunicación
 Lobby cívico - Cabildo Cívico
 Monitoreo cívico
 Educación
 Movilización
 Diálogos públicos y construcción de consensos

Herramientas formales de incidencia

Estas herramientas son mecanismos e instrumentos de participación ciudadana que se encuentran formalmente incluidos en diferentes normas (textos constitucionales, leyes, decretos, reglamentos de instituciones públicas). Las organizaciones de la sociedad civil son clave para demandar y activar su implementación. Es necesario combinarlas con otras acciones de incidencia.

Iniciativa popular

La iniciativa popular o iniciativa legislativa es un mecanismo de **democracia** semi-directa que permite a los ciudadanos presentar proyectos de ley. Fue introducida a partir de la reforma constitucional de 1994 junto a la consulta popular, otro mecanismo de **democracia** semi-directa por el cual el gobierno convoca a los ciudadanos a expresar su opinión con respecto a un proyecto de ley (Artículos 39 y 40, Constitución Nacional).

La Constitución establece los temas que no pueden ser objeto de una iniciativa popular: la reforma constitucional, tratados internacionales, tributos (impuestos), presupuesto y materia penal. No obstante, es muy amplia la variedad de cuestiones de interés público que pueden ser abordadas con este procedimiento, como la protección del medio ambiente, políticas anti-discriminatorias, reformas al sistema de salud, e incluso reformas al sistema político que no impliquen una modificación a la Constitución Nacional.

- La presentación de la iniciativa requiere la firma de un número de ciudadanos no inferior al 1,5% del padrón electoral de la última elección para diputados, que representen por lo menos 6 distritos electorales (4%), para una iniciativa nacional. Cuando la iniciativa sea de alcance regional sólo se consideran las provincias que integran dicha región.
- La iniciativa debe ser presentada por escrito, redactada en forma de ley y en términos claros.
- Los promotores deberán indicar nombre y domicilio y dejar constancia de los gastos que insuma la iniciativa, como así también el origen de los fondos previstos a tal fin.
- Los promotores tienen la posibilidad de participar en las reuniones de comisión (del cuerpo legislativo) con voz pero sin voto.
- El Congreso tiene un plazo de doce meses para su tratamiento. Vencido este plazo, el proyecto pierde estado parlamentario (es decir, tiene que volver a ser presentado). Lamentablemente, no existen sanciones para el cuerpo legislativo en caso de incumplimiento.

A nivel municipal, esta tarea puede resultar más sencilla.

Audiencia Pública

La audiencia pública es una instancia del proceso de toma de decisiones administrativas o legislativas, en la cual personas e instituciones pueden expresar su opinión sobre el tema tratado ante el responsable de definirlo. De esta manera, éste accede a distintas perspectivas sobre la cuestión a decidir a través del contacto directo con los interesados, lo que garantiza su derecho a ser escuchados antes de una resolución que afecte sus derechos o intereses.

La Audiencia pública es encuentro formal entre la población y los gobernantes para tratar un tema en particular, sea un proyecto de ley, una autorización municipal, u otra decisión que deban tomar las autoridades. Su finalidad es promover y facilitar la comunicación entre los gobernantes y la comunidad.

Aunque las opiniones recogidas son de carácter consultivo y no **vinculante**, la autoridad debe fundar su decisión en la evaluación que ha hecho de las mismas, aceptándolas o rechazándolas de acuerdo a su criterio.

El campo de aplicación del mecanismo es amplio y los temas no están precisados ni han sido definidos taxativamente por el derecho administrativo. Por ejemplo, la Ley N° 6 de Audiencias Públicas de la Ciudad de Buenos Aires establece la obligación de utilizarlo para designaciones y acuerdos para cargos públicos con el objeto de considerar la idoneidad y, si las hubiere, las impugnaciones presentadas a las personas propuestas.

El tipo de participantes admitidos para las audiencias públicas varía según cada régimen o reglamentación. Puede incluir, entre otros, a cualquier persona que se vea afectada directa o indirectamente, en su propiedad, salud o calidad de vida, a toda persona con ciudadanía o residencia en el lugar donde se celebre la **audiencia pública**; a los sectores regulados por la norma propuesta; a organizaciones sin fines de lucro cuyo objeto social sea el tema tratado por la **audiencia pública**; a entidades técnicas; a asociaciones profesionales; a asociaciones empresarias; a autoridades públicas de otras jurisdicciones, potencialmente afectadas por la propuesta de decisión; a defensorías del pueblo; al ministerio público.

La celebración de la **audiencia pública** debe respetar determinadas pautas de procedimiento que surgen de la normativa que la regula, para garantizar la **participación** en igualdad de condiciones de todos los interesado/as.

Acciones ante los Tribunales (Derecho de interés público)

El derecho de interés público defiende los intereses colectivos de la sociedad o de grupos de personas y protege el estado de derecho.

G L O S A R I O

Vinculante: obligatorio, impuesto al decisor por una norma o autoridad superior.

Los tres instrumentos básicos para el derecho de interés público son:

1. Acción de amparo
2. Recursos administrativos
3. Recurso de *amicus curiae* o “amigos del tribunal”

1. Acción de Amparo

El recurso de amparo consiste en una acción judicial sencilla o expedita en la que se solicita al juez que haga cesar la acción u omisión que amenaza, lesiona o viola los derechos invocados. Puede ser interpuesto tanto contra actos de las autoridades como contra actos de los particulares (cuando se habla de acto se entiende también una omisión puesto que la falta de acción puede provocar una lesión de los derechos similar a una acción).

El amparo colectivo sirve para proteger los derechos de incidencia colectiva que cubren una gama variada de intereses difusos cuya violación afecta a la ciudadanía en su conjunto o a una porción de ella.

DEFINICIÓN



Por intereses difusos entendemos aquellos intereses que no se sitúan en cabeza de un individuo, sino que abarcan a todos los integrantes de una comunidad o a grupos dentro de ella.

Además de tener efectos concretos en el caso específico, la sentencia judicial va creando una regla de conducta (especialmente si ha sido dictada por un tribunal superior) que puede ser seguida por jueces de rango inferior y también por tribunales de otras jurisdicciones. Una decisión favorable dictada en una acción de amparo promovida por una organización de la sociedad civil en defensa de un interés colectivo beneficia a todas las personas afectadas, aún cuando ellas no hubieran participado en el juicio.

2. Recursos administrativos

El recurso administrativo consiste en una presentación ante un organismo que se encuentra bajo la órbita del Poder Ejecutivo (ya sea nacional, provincial o municipal) frente a un caso de violación de un derecho. Se trata de una alternativa útil como forma de evitar el uso de la instancia judicial, aunque si su resultado es negativo, puede servir como prueba en dicha instancia.

Utilizando la forma de un escrito judicial, acompañado por pruebas y cualquier otra documentación que sea pertinente al caso (por ejemplo, cartas de adhesión de otras organizaciones), puede ser una presentación espontánea realizada por una organización de la sociedad civil en representación de un afectado, o directamente de un ciudadano particular.

Las modalidades para el impulso de este recurso están establecidas en la normativa de procedimiento administrativo de cada jurisdicción (municipal, provincial o nacional).

3. Amicus Curiae o “Amigo del Tribunal”

Los “amici curiae” o “amigos del tribunal” son presentaciones que realizan terceros ajenos a una disputa judicial -con un interés justificado en la resolución final del litigio-, con el objeto de aportar argumentos relevantes para el caso en cuestión.

Una organización de la sociedad civil puede presentarse espontáneamente ante un tribunal -motivada por un caso específico- con el fin de asegurar que no se restrinja indebidamente ningún derecho fundamental. La presentación se realiza por escrito, y su contenido se refiere a aportes teóricos, criterios y análisis sobre puntos específicos de la causa que pueden ser útiles para la decisión final del tribunal.

Presupuesto Participativo

El presupuesto participativo es una herramienta que permite la participación de la comunidad en las etapas de elaboración, definición y control de la ejecución del presupuesto público (o de una parte del mismo). El mecanismo consiste en la instrumentación de consultas a la población para determinar prioridades en los gastos de los recursos, dónde y cuándo realizar las inversiones y los planes y acciones que debe llevar a cabo el Gobierno.

El ámbito municipal es el más adecuado para la utilización del **presupuesto participativo**, por la cercanía entre el gobierno y la gente, y por el tamaño de la población.

La **participación** ciudadana en el marco del presupuesto participativo puede tener carácter consultivo o **vinculante**. En el primer caso, los ciudadanos solamente aportan su opinión sobre como deberían ser asignados los recursos. Esto complementa la decisión del poder ejecutivo pero no lo obliga a a tener en cuenta dichas opiniones. En el segundo caso (como ocurre en Porto Alegre, por ejemplo, y en la ciudad de Buenos Aires), el presupuesto se elabora en base a las prioridades identificadas por los ciudadanos.

Consejos Consultivos

Consejos Consultivos -también llamados consejos asesores o comunitarios, entre otras denominaciones- son instancias formales de interacción entre la autoridad gubernamental y ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil. Por lo general, se trata de espacios creados a iniciativa de la autoridad gubernamental, quien invita a diversos actores sociales a participar.

En cuanto a las funciones de estos consejos, pueden ir desde el asesoramiento (proponer políticas y recomendar **estrategias** vinculadas con las metas del programa, área u organismo público) hasta el **monitoreo** o control del área o programa.

Elaboración participada de normas

La elaboración participada de normas es un procedimiento por el cual la autoridad administrativa (y eventualmente legislativa) antes de emitir, modificar o derogar una norma de carácter general pone a consideración el texto de dicha norma a los sectores interesados y a los ciudadanos en general, a fin de recibir y considerar las opiniones que se hicieran llegar.

Se trata de un proceso consultivo, no que tiene como propósito incrementar la transparencia en la toma de decisiones e incorporar a los ciudadanos en la construcción de las decisiones públicas.

Importante! Esta herramienta no existe formalmente en la Argentina, el rol de las organizaciones de la sociedad civil es clave para impulsar su institucionalización, ya sea a nivel nacional, provincial o municipal.

Revocatoria de Mandato

La **revocatoria del mandato** es un derecho político por el cual los ciudadanos dan por terminado el mandato que le han conferido a un gobernador, intendente o legislador, ya sea porque están insatisfechos con su gestión o porque no cumple el programa prometido - a pesar de que era posible su realización. Al evaluar la gestión del mandatario y/o del legislador, las causas que pueden llevar a la petición de revocatoria deben estar específicamente referidas al desempeño de sus funciones como tales; por ejemplo, frente a una situación de incumplimiento de temas esenciales del programa de gobierno o frente a la verificación de resultados negativos en su gestión.

En la Argentina, algunas provincias y municipios han reconocido el derecho de revocatoria de mandato en sus textos constitucionales.

¿Quiénes pueden revocar el mandato?

- Solamente los ciudadanos que participaron en la elección de sus representantes pueden revocar el mandato. Esta limitación parte de un presupuesto jurídico según el cual sólo quien confiere mandato puede revocarlo.
- Se convoca a los ciudadanos a emitir su voto con respecto a la revocatoria propuesta, mediante lo que se denomina un **referéndum** de revocatoria. Puede establecerse o no la exigencia de la **participación** de un cierto porcentaje de votantes (por ejemplo, el 60%), y se establece un porcentaje mínimo de votos necesarios para que la revocatoria se apruebe (por ejemplo, 50%).

Si la revocatoria obtiene los votos necesarios para ser aprobada, el funcionario público queda separado de su cargo y se habilitan los mecanismos previstos para su reemplazo.

GLOSARIO

Revocatoria de mandato: procedimiento previsto en ciertas Constituciones que otorga a los ciudadanos el derecho de solicitar la destitución de sus cargos de uno, varios o la totalidad de los funcionarios electivos.

GLOSARIO

Referéndum: procedimiento por el cual se llama al pueblo a decidir sobre un acto público de los órganos constituyentes o legislativos.

Herramientas no formales de incidencia

Estas herramientas de incidencia ofrecen la oportunidad de dirigirse a distintos **actores** (entre ellos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales) sin necesidad de procedimientos reglamentados específicamente para la **participación** ciudadana, sino que se trata de vías de acceso de uso corriente. En este sentido, su uso depende de la voluntad, capacidad y oportunidad de las personas y organizaciones de la sociedad civil para activarlas.

Uso de los medios de comunicación

La incidencia en las políticas públicas supone la habilidad de comunicar la causa de la organización a diferentes tipos de destinatarios, y los medios suelen operar en estos casos como herramienta, al ser medios masivo de difusión.

Los medios de comunicación juegan un papel clave para la incidencia. Por este motivo, las organizaciones de la sociedad civil necesitan desarrollar habilidades para comunicar la causa que promueven, generar vínculos estratégicos con periodistas, comprender ciertas reglas básicas acerca de cómo operan los medios y aprender a organizar y adaptar el mensaje en función de las diversas audiencias a las que quieren llegar.

Los medios tienen el poder de influir sobre los **tomadores de decisiones**. El poder de los medios reside en su capacidad para dar visibilidad a aspectos de la acción y decisiones de los **tomadores de decisiones** que éstos últimos muchas veces prefieren no dar a publicidad.

Como punto de partida, es muy útil identificar aquellos profesionales de medios que vienen trabajando en el tema o en temas vinculados al elegido y confeccionar un listado con sus nombres y datos.

Algunas preguntas que organizarán nuestra estrategia de prensa:

1. ¿Qué objetivos queremos obtener llegando a los medios de comunicación?
2. ¿A quiénes queremos llegar?
3. ¿Cuál es nuestro mensaje?
4. ¿Quién debe comunicar el mensaje?
5. ¿Qué medios utilizaremos para llegar a ellos?
6. ¿Qué contactos tenemos o podríamos lograr?

¿Cómo convocar a los medios para que se interesen en nuestra causa?

- Realizar Eventos
- Confeccionar y enviar Gacetillas
- Distribuir datos obtenidos en estudios (Encuestas, observaciones, etc.)
- Organizar Conferencias de prensa

- Brindar Notas exclusivas
- Enviar Cartas de Lectores
- Establecer Contacto con Agencia de Noticias
- Realizar reuniones informales, desayunos de trabajo y encuentros individuales con periodistas

Es importante utilizar la mayor cantidad de alternativas posibles en base a los destinatarios identificados: diarios barriales, radios comunitarias, publicaciones de una escuela, entre otros.

Lobby Cívico o Cabildeo Ciudadano

Lobby es una palabra inglesa que significa “sala de espera”. *En su sentido político más amplio*, se usa para aludir a los esfuerzos por influir en las ideas y acciones de personas que tienen poder de decisión. Se trata de influir para que adopten o dejen de adoptar tal o cual decisión. *En un sentido más limitado* se refiere a los intentos por influir sobre la formación de las leyes.

El término “cívico” se refiere específicamente a la gestión llevada a cabo por organizaciones de la sociedad civil, a diferencia de las llevadas adelante por grupos que defienden intereses de las empresas o corporaciones.

Algunos ejemplos de lobby cívico:

- invitar a un grupo de legisladores a visitar las sedes donde la organización brinda sus servicios, invitar a un funcionario como expositor en una reunión pública convocada por la organización, armar equipos de voluntarios para visitar a los legisladores, la presentación de testimonios en audiencias públicas o la intervención en procedimientos de elaboración participada de normas ofrecen oportunidades para hacer lobby cívico.

Monitoreo Cívico

El **monitoreo** cívico o monitoreo ciudadano ha sido desarrollado en otro apartado de esta sección (Ver Sección 3, Capítulo 1, Página 168).

Educación

La educación juega un rol esencial para llamar la atención y concientizar a diferentes grupos de la comunidad y a los **tomadores de decisiones** sobre la causa que defiende la organización. Muchas veces, la incidencia más efectiva se produce por medio de una concientización a largo plazo.

Las acciones de educación pueden influir en la formación de la **agenda pública**, es decir, en la lista de los temas que son prioritarios para los **tomadores**

de decisiones.

Dichos procesos de aprendizaje despiertan en las personas la conciencia del carácter colectivo tanto de los problemas como de sus posibilidades de solución. Este tipo de educación suele ser el primer paso para motivar la organización de otras acciones de incidencia.

Algunos ejemplos de actividades educativas:

- Conferencias
- Presentar un informe o reporte sobre el estado de situación del tema
- Talleres de capacitación
- Formar referentes comunitarios o multiplicadores que amplíen la información que existe en sus comunidades sobre el tema o problema de interés público
- Foros de deliberación pública
- Difundir documentos con propuestas concretas a ser presentada ante los organismos pertinentes;
- Concursos y propuestas educativas para difundir el tema en cierto sector

La educación puede ser un componente esencial de todas nuestras acciones. En este nivel, la educación y sensibilización de los **actores** e instituciones públicas, en tanto destinatarios de la incidencia, es fundamental.

Movilización

Esta herramienta tiene dos importantes cualidades: por un lado muestra la fuerza de una causa por la **participación** directa de los ciudadanos afectados, estén organizados o no. Por otro, expone públicamente a las autoridades e instituciones que deben tomar decisiones.

Existen diferentes alternativas de movilización: las marchas por lo general se organizan para manifestar el apoyo hacia una causa específica; las protestas, por el contrario, expresan la oposición a una política o decisión particular.

Construir consensos públicos

Es una herramienta que se usa para lograr que personas o grupos con diferentes perspectivas acerca de un problema público puedan trabajar juntos de manera participativa, sobre la base de los aspectos de **consenso** entre ellas. El desarrollo del programa de acción suele realizarse con la ayuda de un tercero que asumirá la función de **facilitador** o mediador-.

La premisa que subyace es que si se puede reunir a los actores preocupados por una cuestión común, proveyéndoles metodologías para trabajar juntos y facilitándoles la información necesaria para tomar decisiones, los mismos

GLOSARIO

Consenso: Acuerdo producido por consentimiento entre todos los miembros de un grupo o entre varios grupos.

Facilitador/a: persona capacitada para colaborar en un proceso de trabajo grupal, ayudando a sus miembros a interactuar de un modo más efectivo, focalizando el trabajo en el cumplimiento de objetivos, manejo de los tiempos y calidad de la comunicación entre los participantes.

podrán crear caminos de solución auténticos y más legitimados. Esta herramienta permitir salirse de situaciones de polarización y de enfrentamiento de intereses que representan a ciertos sectores de la población y llegar a la construcción de propuestas comunes.

Redes y coaliciones. La importancia del trabajo conjunto

La experiencia ha demostrado que la fuerza de una causa es mucho mayor cuando un grupo de personas y organizaciones con objetivos afines se unen para impulsarla. Con este fin, es fuertemente recomendable la conformación de **redes** o **coaliciones**.

Redes: Una red está conformada por personas y/u organizaciones dispuestas a asistirse mutuamente o colaborar entre sí. Las redes tienden a ser asociaciones flexibles que se vinculan alrededor de una preocupación o interés común para compartir información e ideas.

Coaliciones: Una coalición es un grupo de personas y organizaciones que trabajan juntas de manera coordinada y hacia una meta en común. Las coaliciones combinan sus recursos humanos y materiales para lograr un cambio específico que sus integrantes no podrían lograr en forma independiente. La construcción de coaliciones debería fortalecer, y no reemplazar, a las redes que posee la organización.

En la mayoría de los casos, las coaliciones suelen estar integradas por organizaciones de la sociedad civil que tienen afinidad y comparten una filosofía común acerca de los valores e ideas sobre los que se sustentan diversos **temas de interés público**. Sin embargo, las coaliciones pueden estar constituidas por organizaciones que no compartan algunas cuestiones, pero que aún así se asocian con fines estratégicos.

GLOSARIO

Temas de interés público: Temas en los cuales se ven afectados derechos colectivos o bien temas donde hay afectación a derechos individuales de "grupos de personas".

Existen distintos tipos de coaliciones, que se pueden clasificar de acuerdo a diferentes criterios, no necesariamente excluyentes. Entre ellas:

- *Permanente:* es un grupo de organizaciones que posee un Consejo Directivo y personal asignado a la coalición. La estructura de toma de decisiones está establecida claramente.
- *Temporaria:* las coaliciones temporarias se unen con un propósito o meta específica. Cuando la meta es alcanzada, la coalición se desarma. A veces puede permanecer si decide embarcarse en una nueva meta.

- *Informal*: no existe un grupo de miembros estable. Con el cambio de la membresía, los temas y las acciones de la coalición también suelen modificarse.
- *Geográfica*: la coalición está localizada en un área geográfica, como por ejemplo, un distrito escolar, un barrio, una región del país, etc.
- *De tema único*: la coalición trabaja sobre un solo tema y objetivo. Pueden formarse **coaliciones** entre organizaciones con agendas diferentes pero que acuerdan trabajar juntas sobre dicho tema.

En la conformación de cualquier coalición es clave el establecimiento de políticas claras sobre el liderazgo y la toma de decisiones. La coalición puede organizarse en grupos de trabajo para planificar y coordinar las diferentes actividades, tales como convocatorias, relación con los medios, acciones de incidencia, etc.

Los casos que se presentan en las páginas siguientes proponen dos ejemplos de monitoreos ciudadanos llevados adelante por organizaciones de la sociedad civil interesadas en fiscalizar distintos aspectos del cumplimiento de la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En cada caso se detalla la situación que motivó la realización de un monitoreo, así como las acciones de incidencia que se deciden implementar a partir de los resultados obtenidos.

Parte de los contenidos de este capítulo han sido adaptados del *Manual de Participación e Incidencia para Organizaciones de la Sociedad Civil*, María Poli et al., Foro del Tercer Sector. Temas Grupo Editorial (de próxima publicación).

Caso I

La ONG GrupoSur trabaja promoviendo los derechos reproductivos de los habitantes del Bajo Flores. En los últimos meses detectaron que gran parte de las adolescentes que concurren por primera vez a su consulta ginecológica en el centro de salud barrial manifestaron que no regresaron a la segunda consulta por haberse sentido incómodas en el trato recibido. Esta situación alarmó a las integrantes de la organización, que consideran este tema clave debido a la incidencia del embarazo adolescente en la población de la zona. La coordinación del Programa de Salud Reproductiva de la ciudad de Buenos Aires ha afirmado públicamente que la promoción de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es un tema prioritario para su gestión. Por otra parte, durante una entrevista, el director del centro de salud aseguró que no detectó barreras para el acceso de los adolescentes al servicio y que el mismo cuenta con profesionales capacitados en el tema.

Las integrantes de la ONG GrupoSur deciden hacer un monitoreo de algunos aspectos de la calidad de la atención, seleccionando los siguientes indicadores: comodidad (número de unidades administrativas con una comodidad satisfactoria); privacidad física (número de unidades administrativas con una privacidad física satisfactoria); privacidad (% de usuarias que manifiesta que nunca entró ni salió ni hubo gente dentro del consultorio mientras la atendían); privacidad (% de usuarias que percibe que siempre hubo un lugar para desvestirse sin que nadie la viera) y privacidad auditiva (% de usuarias que manifiesta que nunca se escucha lo que hablan otros médicos con sus pacientes). Deciden que relevarán la información correspondiente a los dos primeros indicadores a través de la observación en el servicio y los tres restantes a través de una encuesta a las usuarias en sala de espera.

Al finalizar la recolección de datos elaboran un informe de dos páginas en el que dan cuenta de algunas deficiencias de infraestructura y algunas prácticas del equipo médico del centro de salud que inciden en la calidad de la atención a las usuarias. El informe detalla datos surgidos de la recolección. Entre ellos: que los consultorios carecen de sistema de calefacción en invierno; que la mayoría de las usuarias manifestó que es una práctica común de los profesionales del lugar entrar y salir durante las consultas, que la forma de separar los consultorios es a través de finos tabiques que no aseguran privacidad y que no hay biombos para desvestirse.

La ONG GrupoSur presenta el informe al director del centro de salud a fin de hacerle conocer los datos obtenidos e indagar acerca de las medidas que tomará para atender las demandas planteadas. Por otra parte, decide enviar copias del informe a la coordinación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y a la Secretaría de Salud local, así como solicitar una reunión con sus responsables para conversar acerca de la situación y las posibles vías de solución. Por último, difunde los resultados entre los medios de comunicación barriales e invita a los habitantes del barrio y a sus organizaciones a acercarse para articular otro tipo de presentaciones de demandas y controles del cumplimiento de los compromisos del gobierno en esta materia.

Caso II

Integrantes de la organización **Mujeres con Derechos** trabajan realizando talleres de promoción de derechos sexuales y reproductivos en salas de espera de distintos centros de salud de la ciudad de Buenos Aires. Durante los últimos 12 meses notaron que, durante sus talleres, muchas mujeres manifestaron que a pesar de ser usuarias habituales del servicio de salud sexual y reproductiva era la primera vez que les proporcionaban información clara sobre el tema y les permitían plantear sus dudas sobre ciertas informaciones específicas.

Luego de debatir este problema, la organización **Mujeres con Derechos** decide monitorear distintos aspectos establecidos en la Ley 418 de la ciudad de Buenos Aires que hacen a la promoción de derechos sexuales y reproductivos por parte de los efectores de salud. A fin de comprobar si el problema se presenta en algunas unidades administrativas en particular (hospitales o centros de salud) o se manifiesta en toda la ciudad por igual, la organización decide contactar a otras organizaciones interesadas en participar de la experiencia con la idea de que releven información en sus respectivas áreas geográficas. Luego de varias reuniones acuerdan trabajar conjuntamente cinco organizaciones. Deciden incluir en el monitoreo los siguientes indicadores: disponibilidad de materiales educativos y de comunicación (número de unidades administrativas que disponen de materiales educativos y de comunicación en sala de espera); respuesta clara a dudas y preguntas (% de usuarias que manifiesta que siempre le dieron una respuesta clara a dudas y preguntas); soluciones al problema que necesitaba resolver (% de usuarias que manifiesta que siempre tuvo la posibilidad de resolver el problema que la llevó a la consulta); duda o pregunta (% de usuarias que manifiesta que siempre le preguntaron si tenía dudas o preguntas durante la consulta) y percepción de la información recibida (% de usuarias que considera que la información recibida es la información que le hacía falta). También acuerdan relevar los datos para el primer indicador (Disponibilidad de materiales educativos y de comunicación en sala de espera) a través de una guía de observación y realizar una encuesta a usuarias para relevar la información de los restantes.

Al finalizar la sistematización de los datos y la elaboración del informe correspondiente, las cinco organizaciones deciden organizar reuniones con profesionales que integran el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la ciudad a fin de comunicarles los resultados y discutir la importancia de la promoción de derechos en su tarea profesional. Para ello, trazan un plan que incluye a todas las unidades del Programa y asignan la responsabilidad de organizar las reuniones a las diferentes organizaciones de acuerdo a su área de trabajo o preferencia. Por otra parte, acuerdan acciones dirigidas a lograr que en el presupuesto del año siguiente se asignen más fondos para las actividades de promoción de derechos y la distribución de materiales educativos y de comunicación por parte de la coordinación del Programa de Salud Reproductiva de la ciudad.

Glosario Sección III

El Monitoreo Ciudadano de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Audiencia pública: encuentro formal entre la población y los gobernantes para tratar un tema en particular, sea un proyecto de ley, una autorización municipal, u otra decisión que deban tomar las autoridades. Su finalidad es promover y facilitar la comunicación entre los gobernantes y la comunidad. Desde el punto de vista legal, los comentarios y observaciones que expresen los participantes en la audiencia no son vinculantes.

Actor: grupos o individuos que deciden iniciar la resolución o reivindicación de una temática, estando o no involucrados o afectados por ella.

Coalición: grupo de personas y organizaciones que trabajan juntas de manera coordinada hacia una meta en común. Las coaliciones combinan sus recursos humanos y materiales para lograr un cambio específico que sus integrantes no podrían lograr en forma independiente.

Consenso: Acuerdo producido por consentimiento entre todos los miembros de un grupo o entre varios grupos.

Contexto: Conjunto de circunstancias que rodean o condicionan un hecho. Ámbito en el que se desarrolla una acción o un proyecto.

Democracia: (origen etimológico: demos: pueblo, kratos: poder) forma de gobierno en la cual es el pueblo quien gobierna. Sistema político que permite a los ciudadanos participar en la adopción de decisiones políticas o elegir representantes para los cuerpos de gobierno.

Democracia participativa: reglas y procedimientos para la toma de decisiones colectivas, en el que está previsto y propiciado la más amplia participación posible de los interesados.

Derecho: facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece.

Encuesta: técnica de relevamiento de la información formada por preguntas abiertas (sin alternativas prefijadas de respuesta) y cerradas (con alternativas prefijadas de respuesta). Pueden contar con la presencia de un entrevistador (cara a cara; telefónicas) o ser realizadas sin la presencia de un entrevistador (autoadministradas; por correo). El orden y el fraseo de las preguntas debe ser respetado.

Estrategia: Plan general e integrado de acciones coordinadas dirigidas a un objetivo específico. Brinda continuidad y coherencia al proceso.

Facilitador/a: persona capacitada para colaborar en un proceso de trabajo grupal, ayudando a sus miembros a interactuar de un modo más efectivo, focalizando el trabajo en el cumplimiento de objetivos, manejo de los tiempos y calidad de la comunicación entre los participantes.

Impacto: Efectos o consecuencias - positivas o negativas - que surgen de la implementación de una acción, programa o política, esperados o no esperados.

Indicador: expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción o razón.

Información pública: todo dato o documentación desarrollada como consecuencia de un acto o actividad de una entidad pública, o que ha sido recopilada por ésta o que está en su posesión, aun cuando no la haya producido.

Iniciativa popular: sistema mediante el cual se presenta un proyecto de medida gubernamental por vía de petición, acompañado por la firma de un número determinado de ciudadanos. Puede contener una propuesta general o un proyecto de ley específico.

Línea de base: información referida a los valores iniciales de los indicadores de un problema/ situación social previa a una intervención determinada.

Lobby cívico: Cabildeo. Se utiliza el término “cívico” para diferenciar la gestión por la defensa de intereses colectivos de aquella llevada adelante para defender intereses privados (por ejemplo, de empresas o corporaciones).

Monitoreo: herramienta que permite indagar y analizar a través de un proceso continuo el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con la planificación inicial de un Programa. Permite detectar deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución.

Participación: capacidad y posibilidad de las personas y los grupos de influir en las condiciones que afectan sus vidas.

Presupuesto participativo: mecanismo que consiste en la instrumentación de herramientas de consulta a la población para determinar prioridades en los gastos de los recursos públicos, por ejemplo, dónde y cuándo realizar las inversiones que debe llevar a cabo el Gobierno.

Redes: Trama formal o informal de relaciones funcionales e institucionales entre personas y/u organizaciones dispuestas a asistirse mutuamente o colaborar entre ellas. Las redes tienden a ser asociaciones flexibles que se vinculan alrededor de una preocupación o interés común para compartir información e ideas, potenciar los recursos y fines.

Referentes: personas que tienen una relación establecida con tomadores de decisiones claves.

Políticas públicas: Conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar problemas que considera prioritarios.

Referéndum: procedimiento por el cual se llama al pueblo a decidir sobre un acto público de los órganos constituyentes o legislativos.

Revocatoria de mandato: procedimiento previsto en ciertas Constituciones que otorga a los ciudadanos el derecho de solicitar la destitución de uno, varios o la totalidad de los funcionarios electivos de sus cargos.

Tácticas: Operaciones y pasos concretos que se llevan a cabo en el marco de una estrategia.

Temas de interés público: Temas en los cuales se ven afectados derechos colectivos o bien temas donde hay afectación a derechos individuales de "grupos de personas".

Tomadores de decisiones: Referentes, decisores públicos.

Transparencia: claridad en el funcionamiento de las instituciones. El concepto está vinculado al acceso de la ciudadanía a información y a documentos públicos que permitan realizar un control ciudadano de los actos de gobierno.

Vinculante: obligatorio, impuesto al decisor por una norma o autoridad superior.

Visión: Imagen ideal hacia la cual se desea evolucionar.

A modo de cierre

El Programa Ciudadanía y Sexualidad está inspirado en la idea de que la mejor garantía para la vigencia de los derechos es una ciudadanía activa.

A partir de la reforma constitucional de 1994 y de la sanción del Estatuto de la Ciudad de Buenos Aires, en 1996 nuestro ordenamiento jurídico incorporó mecanismos institucionales para la participación ciudadana en las decisiones públicas y el control de la gestión pública. Se han creado las Defensorías del Pueblo y consagrado herramientas como la iniciativa popular, la audiencia pública y el amparo colectivo para la defensa de los derechos de incidencia colectiva que facilitan el pasaje de una democracia de corte representativo a una democracia más participativa.

Sin embargo, la mera mención de estas herramientas en constituciones y leyes no asegura que esa transición tenga lugar. Para ser efectivas, las herramientas de la democracia deben ser utilizadas por la ciudadanía. Por el lugar que ocupan en la sociedad, las organizaciones de la sociedad civil pueden desempeñar un papel privilegiado en su difusión y activación, así como también imaginar formas novedosas de control ciudadano no prescriptas en la ley. A nuestro modo de ver, el Programa Ciudadanía y Sexualidad constituye un ejemplo de ello.

Muchas veces se sugiere que el modelo de la democracia participativa requiere ciudadanos y ciudadanas de tiempo completo con un alto grado de sofisticación técnica, y se esgrime - no sin cierta razón- que estos mismos requerimientos son los que obstaculizan los niveles de participación cívica. Es cierto que la complejidad del control ciudadano de las políticas públicas en las sociedades modernas supone la adquisición de ciertos saberes por parte de la ciudadanía.

Esta capacitación, justamente, es una propuesta de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad por transmitir parte de estos conocimientos a las organizaciones y personas que asumirán el compromiso de velar por el cumplimiento de la ley en relación con las políticas de salud sexual y reproductiva. Así, dentro del marco del programa, constituye un hito a partir del cuál esperamos que se produzca un cambio del eje del protagonismo, que hasta ahora estuvo centrado en la Defensoría y el CEDES, hacia las organizaciones de la sociedad civil. Es nuestro mayor anhelo que las organizaciones participantes puedan trabajar en conjunto en forma productiva y creativa alrededor del control de la política en una esfera tan central para la vida de las mujeres como la salud sexual y reproductiva, pues eso daría al programa la sustentabilidad que constituye su base de éxito.

Instrumentos utilizados para el Monitoreo

Programa de control, defensa y promoción de derechos sexuales y reproductivos

Coordinación: Adjuntía en Derechos Humanos
de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

Nº de cuestionario: _____ Centro/ Hospital: _____
Nombre del encuestador: _____
Fecha de entrevista: _____ Hora de comienzo: _____
Nombre del Supervisor: _____

ENCUESTA A USUARIAS

Buenos días/ tardes, mi nombre es _____ y soy encuestadora de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y el CEDES. En esta ocasión estamos realizando una encuesta entre mujeres en centros de salud/ hospitales. La información que nos brinde será tratada de manera confidencial, no nos interesa saber quién lo dice sino qué se dice. ¿Le gustaría participar?

1) ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? . _____ años cumplidos.

De 13 a 18 años	De 19 a 25 años	De 26 a 35 años	De 36 a 45 años	De 46 a 55 años	56 o más años
1	2	3	4	5	6
CONTINUAR			AGRADECER Y FINALIZAR		

2) ¿Concurrió anteriormente (antes que hoy) a este servicio del hospital/centro de salud por anticoncepción/planificación familiar (para la entrevistadora: aclarar si es necesario: para pedir información sobre anticoncepción, cómo cuidarse para no quedar embarazada o para buscar pastillas, preservativos o algún otro método anticonceptivo, o realizarse estudios)?

SI	NO
1	2
CONTINUAR	
AGRADECER Y FINALIZAR	

HACER FIRMAR A LA ENTREVISTADA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECIRLE A LA ENTREVISTADA: “A PARTIR DE ACÁ, TODAS LAS PREGUNTAS QUE LE VOY A HACER VAN A TENER QUE VER CON ESTE LUGAR (ESTE SERVICIO DEL HOSPITAL O CENTRO DE SALUD) Y CON LA EXPERIENCIA QUE TUVO TODAS LAS VECES QUE VINO A: BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE CUÁNDO ERA CONVENIENTE QUEDAR EMBARAZADA, BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS PARA NO QUEDAR EMBARAZADA, O LAS VECES QUE VINO A BUSCAR PASTILLAS, PRESERVATIVOS O ALGÚN OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO, O REALIZARSE ESTUDIOS. NO NOS INTERESA (PARA ESTA ENCUESTA) LO QUE LE HAYA PASADO O COMO LA HAYAN ATENDIDO EN OTROS SERVICIOS O LUGARES DE ESTE HOSPITAL/CENTRO DE SALUD, SOLAMENTE EN ÉSTE”.

SI SÍ EN P ANTERIOR:

3) Sin tomar en cuenta el día de hoy, ¿cuántas veces vino aquí en los últimos dos años? (si la entrevistada no entiende, recurrir nuevamente a la fórmula anterior en donde se explica anticoncepción/ planificación familiar).

_____ (ANOTAR VECES)

(99) No recuerda

LA ENCUESTA SERÁ REALIZADA A MUJERES DE 13 A 55 AÑOS QUE HAYAN ASISTIDO AL MENOS UNA VEZ AL SERVICIO DEL HOSPITAL / CENTRO DE SALUD POR UNA CONSULTA POR ANTICONCEPCIÓN/ PLANIFICACIÓN FAMILIAR

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

4) En general, pensando en la **ATENCIÓN** que Ud. recibió en este lugar en los últimos dos años. ¿Ud. está.. (**MOSTRAR TARJETA**)

Muy insatisfecha	Insatisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Satisfecha	Muy satisfecha	No sabe	No contesta
1	2	3	4	5	8	9

DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DEL SERVICIO RELACIÓN INTERPERSONAL: TRATO

5) Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el trato que le dieron los médicos/as en este lugar en los últimos dos años.

Los médicos/as (**LEER UNA A UNA LAS PREGUNTAS, ROTAR**) nunca, a veces o siempre?

MOSTRAR TARJETA

	Nunca	A veces	Siempre	No sabe	No contesta
... ¿La saludan al llegar...?	1	2	3	8	9
... ¿La llaman a Ud. por su nombre...?	1	2	3	8	9
... ¿La escuchan con atención...?	1	2	3	8	9
... ¿La tratan con respeto...?	1	2	3	8	9
... ¿Toman en cuenta su situación familiar/ personal...?	1	2	3	8	9

TURNO, TIEMPO DE ESPERA, CONSULTA

También quisiera hacerle algunas preguntas sobre el **TIEMPO** que, en general, Ud. tiene que esperar. Recuerde que estamos hablando de los últimos dos años.

6.1.) ¿Cuánto tiempo pasa entre el día en que le entregan el turno y el día en que la atienden por ese turno? **ANOTAR LA RESPUESTA EN LA COLUMNA TIEMPOS.**

7.1.) Esos días/ meses (**MENCIONAR SEGÚN CORRESPONDA**) que pasan entre la entrega del turno y el día que la atienden son para Ud. ¿más del tiempo que quería, justo el tiempo que quería o menos del tiempo que quería? **MOSTRAR TARJETA.**

6.2.) Ahora, una vez que ya viene a hacerse atender, ¿Cuánto tiempo pasa desde que llega a este lugar hasta que entra a la consulta? **ANOTAR LA RESPUESTA EN LA COLUMNA TIEMPOS.**

7.2.) Esos minutos/ horas (mencionar según corresponda) que pasan desde que llega acá hasta que el médico la atiende, son para Ud. ¿más del tiempo que quería, justo el tiempo que quería o menos del tiempo que quería? Una respuesta por fila. **MOSTRAR TARJETA.**

6.3.) Por lo general, ¿cuánto dura la consulta?

7.3.) La consulta dura más de lo que quería, el tiempo justo o dura menos de lo que quería?

ENCUESTADOR: PREGUNTAR AMBAS PREGUNTAS POR FILA Y CONTINUAR.

	P6	P7.1 - P7.2 - P7.3				
	Tiempos	Más del que quería	Justo el que quería	Menos del que quería	No sabe	No contesta
6.1. ¿Cuánto tiempo pasa entre el día en que le entregan el turno y el día en que la atienden por ese turno?	...meses ...días	3	2	1	8	9
6.2. ¿Cuánto tiempo pasa desde que llega a este lugar hasta que entra a la consulta?	...horas ...minut	3	2	1	8	9
6.3. ¿Cuánto dura la consulta?	...horas ...minut	3	2	1	8	9

PRIVACIDAD

8) Durante las consultas Ud. diría que... (LEER PREGUNTAS DE LAS FILAS UNA A UNA) nunca, a veces, siempre o **MOSTRAR TARJETA**.

	Nunca	A veces	Siempre	No sabe	No contesta
... ¿Entró y salió o hubo gente adentro del consultorio mientras la atendían...?	3	2	1	8	9
... ¿Había un lugar donde Ud. pudo desvestirse sin que nadie la viera...?	3	2	1	8	9
... ¿Se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes...?	3	2	1	8	9

9) Cuando Ud. está dentro del consultorio del médico... (LEER PREGUNTAS DE LAS FILAS UNA A UNA)... le molesta mucho, le molesta poco o no le molesta nada...? **MOSTRAR TARJETA**

	Molesta mucho	Molesta poco	Molesta nada	No sabe	No contesta
... Que entre ,salga o haya gente adentro del consultorio	3	2	1	8	9
...Que se escuche lo que hablan otros médicos/as con sus pacientes	3	2	1	8	9

INFORMACIÓN: CLARIDAD, COMPRENSIÓN

10) Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre las CONSULTAS que hizo en este lugar en los últimos dos años.

Los médicos/as (LEER PREGUNTAS DE LAS FILAS UNA A UNA). nunca, a veces o siempre? **MOSTRAR TARJETA**

	Nunca	A veces	Siempre	No sabe	No contesta
¿Los médicos/as le explicaron lo que le iban a hacer?	1	2	3	8	9
¿Los médicos/as le preguntaron si Ud. tenía alguna duda o pregunta?	1	2	3	8	9
¿Los médicos/as le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas?	1	2	3	8	9
Cuándo le recetaron algún tratamiento, ¿los médicos/as le explicaron qué le podía pasar o si corría algún riesgo al hacerlo?	1	2	3	8	9
¿Ud. pudo formular las preguntas que tenía para hacer?	1	2	3	8	9
¿Ud. se fue de la consulta tranquila, sintiendo que había resuelto lo que necesitaba resolver?	1	2	3	8	9

INFORMACIÓN RECIBIDA

11) Le voy a leer una lista de temas. Para cada uno de ellos quisiera que me dijera si recibió información, (haya preguntado o no) o no recibió información? **PREGUNTAR POR FILA**

ROTAR SEGÚN EL ASTERISCO	Recibió información	No recibió información	No sabe	No contesta
Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos	1	2	8	9
Preservativo	1	2	8	9
Dispositivo intrauterino (DIU)	1	2	8	9
Pastillas anticonceptivas	1	2	8	9
Diafragma	1	2	8	9
Cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales y esponjas	1	2	8	9
Cómo se previene el VIH/SIDA	1	2	8	9
Cómo se contagia el VIH/SIDA	1	2	8	9
Aborto	1	2	8	9
Ligadura de trompas	1	2	8	9
Lactancia materna	1	2	8	9
Infertilidad y esterilidad	1	2	8	9
Anticoncepción de emergencia	1	2	8	9
Enfermedades de transmisión sexual	1	2	8	9
Papanicolau	1	2	8	9
Violencia	1	2	8	9
Las reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva	1	2	8	9
El derecho a recibir gratuitamente métodos anticonceptivos	1	2	8	9
El derecho a recibir una atención gratuita de su salud	1	2	8	9
El derecho a conocer su historia clínica	1	2	8	9

12) Y la información que le dieron los médicos/as en los últimos dos años le pareció que era la información que le hacía falta o menos de la información que le hacía falta?

La información que me hacía falta	Menos de la información que me hacía falta	NO LEER Otras respuestas ESPECIFICAR)	No sabe	No contesta
1	2	3	8	9

13) Le voy a leer nuevamente una lista de temas. Para cada uno de ellos (leer temas de las filas) quisiera que me dijera si en este lugar Ud. vio/ hojeó/ leyó algún folleto, cartel, póster, etc. en los últimos dos años. **LEER UNO A UNO**

ROTAR SEGÚN EL ASTERISCO	SI	No	NS	SC
Métodos anticonceptivos	1	2	8	9
VIH/SIDA	1	2	8	9
Anticonceptivos para adolescentes	1	2	8	9
Derechos sexuales y reproductivos	1	2	8	9
Ley de Salud Sexual y Reproductiva, (Ley 418)	1	2	8	9
Ligadura de trompas	1	2	8	9
Lactancia materna	1	2	8	9
Infertilidad y esterilidad	1	2	8	9
Anticoncepción de emergencia	1	2	8	9
Enfermedades de transmisión sexual	1	2	8	9
Embarazo adolescente	1	2	8	9
Papanicolau	1	2	8	9
Mamografía	1	2	8	9
Autoexamen de mamas	1	2	8	9
Menopausia	1	2	8	9
Violencia	1	2	8	9

14) **SÓLO SI SI EN ALGÚN TEMA DE P ANTERIOR** ¿La información de los folletos, carteles, pósters, etc. que vio/ leyó/ hojeó le pareció que contenían la información que le hacía falta o menos de la información que le hacía falta?

La información que me hacía falta	Menos de la información que me hacía falta	NO LEER Otras respuestas ESPECIFICAR)	No sabe	No contesta
1	2	3	8	9

15) A TODAS De acuerdo a la información y consejos que le dieron los médicos/as durante los últimos dos años, la decisión sobre los métodos anticonceptivos a utilizar debe quedar en manos... (MOSTRAR TARJETA - UNA SOLA OPCIÓN)

... Sólo de la mujer	1
... Sólo de la pareja	2
... Sólo del médico/a	3
... del médico/a y la mujer	4
... del médico/a y la pareja	5
... de otras personas (ESPECIFICAR)	
No sabe	8
No contesta	9

16) Pensando en la atención que Ud. recibió todas las veces que Ud. vino en los últimos dos años, ¿qué nota le pondría a cada uno de los aspectos que le voy a nombrar? Es como en el colegio, donde 1 es la peor nota y 10 la mejor. También puede usar las notas intermedias.

	ANOTAR	ns/nc 99
Trato de los médicos/as	—	
Trato del personal administrativo	—	
Entrega de turnos	—	
Tiempo de espera	—	
Claridad de la información dada por los médicos/as	—	
Limpieza del consultorio	—	
Voluntad de los médicos/as para contestar sus dudas o preguntas	—	
Limpieza de los baños	—	
Capacidad de los médicos/as para resolver sus necesidades	—	
Información sobre trámites	—	
Posibilidad de expresar sus necesidades y quejas	—	
Tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos	—	

17) ¿Recomendaría este lugar a otra mujer?

Si	No	NO LEER Otras respuestas ESPECIFICAR)	No sabe	No contesta
1	2	3	8	9

CONOCIMIENTO DEL MARCO LEGAL Y LAS NORMATIVAS VIGENTES

18) ¿Conoce alguna reglamentación/ ley sobre el derecho de las mujeres a la atención de la salud?

SI	1	CONTINUAR
NO	2	IR A P21

19) SI SÍ EN P ANTERIOR ¿Cuál/es? ABIERTA PRECODIFICADA Y MÚLTIPLE ESPONTÁNEA - NO LEER OPCIONES - CODIFICAR CON LISTADO

Ley Nº 418	1
Garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.	2
Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.	3
Prevenir abortos provocados (educación e información)	4
Garantizar información y acceso a MAC y prestaciones de AC.	5
Difundir información sobre prevención de ETS y VIH/SIDA.	6
Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de los/as adolescentes	7
Ley Nº 153 Básica de Salud	8
Cobertura universal	9
Gratuidad de los servicios	10
Código Penal	11
El aborto no es punible si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios	12
El aborto no es punible si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente	13

20) A TODAS Para cada una de las situaciones que le leeré, indique si está muy de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo o muy en desacuerdo con el aborto.
PREGUNTAR UNA A UNA - MOSTRAR TARJETA

OPINIONES SOBRE POBLACIONES CLAVE Y OPINIONES EN GENERAL

21) Quién cree que ... (PREGUNTAR POR UNO A UNO) los médicos varones, las médicas mujeres o piensa que no hay diferencia entre los médicos varones y las médicas mujeres? **MOSTRAR TARJETA.**

	Médicos varones	Médicas mujeres	Ambos por igual	Ns	Nc
.... brinda información más clara	1	2	3	8	9
.... escucha con más atención	1	2	3	8	9
.... brinda mas información sobre preservativos	1	2	3	8	9
.... más aconseja que los varones participen más en las decisiones sobre anticoncepción	1	2	3	8	9

CONCEPCIÓN Y POSIBILIDADES DE EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

22) En su opinión, ¿todas las mujeres **deben** tener la posibilidad de... (LEER LAS FRASES)?

SI SI (CÓDIGO 1 EN P ANTERIOR)

23) ¿Cree que esto sucede o no? PREGUNTAR AMBAS PREGUNTAS POR FILA Y CONTINUAR

	P. 22				P. 23		
	Si	No	Nc	Ns	Si	No	NS
... Ser consultadas siempre que se les realice un procedimiento médico	1	2	8	9	1	2	9
... Tener relaciones sexuales sin temor a quedar embarazadas	1	2	8	9	1	2	9
... Decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales	1	2	8	9	1	2	9
... Decidir libre y responsablemente si tener o no tener hijos y el número de hijos	1	2	8	9	1	2	9
... Tener la información y los recursos necesarios para tomar decisiones sobre su vida sexual	1	2	8	9	1	2	9

24) SI NO (COD 2) EN CUALQUIER OPCION DE PREGUNTA 23 ¿Y cuál sería el principal obstáculo o limitación para que las mujeres no puedan tener estos derechos (LEER RESPUESTA/S NEGATIVAS EN PREG.

23) MOSTRAR TARJETA. ACEPTAR UNA SOLA RESPUESTA

La falta de acciones del gobierno	1
La oposición de la Iglesia	2
La falta de información o educación de las mujeres	3
La mala atención de los médicos/as	4
El desinterés u oposición de la pareja	5
Otros obstáculos que quiera resaltar (ESPECIFICAR) _____	
No sabe	8
No contesta	9

ENCUESTADOR: REGISTRE CON SUS PALABRAS LA INTERPRETACIÓN DE LA PREGUNTA 24 POR PARTE DE LA ENTREVISTADA ¿ENTENDIÓ LA PREGUNTA LA PRIMERA VEZ? ¿SE SINTIÓ CÓMODA RESPONDIENDO?

25) A TODAS ¿Conoce la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires?

Si	1	Continuar
No	2	Ir a Pregunta 28

26) SI SÍ EN P ANTERIOR ¿Hizo algún trámite en la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en relación con su salud? Una sola respuesta.

Si	1	Continuar
No	2	Ir a Pregunta 28

27) SI SÍ EN P ANTERIOR ¿Ud. diría que el desempeño de la Defensoría del Pueblo a la hora de hacer su trámite fue... (LEER OPCIONES)? Una sola respuesta.

Malo	Regular	Bueno	No sabe	No contesta
1	2	3	8	9

HISTORIA REPRODUCTIVA

28) A TODAS Quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus embarazos, partos, hijos/as que tuvo, etc.

¿Cuántos embarazos tuvo (si está embarazada, no incluir el embarazo actual)? SI LA ENTREVISTADA CONTESTA "NINGUNO", MARCAR 0/0	___/___ embarazo/s	Ns/Nc	99
¿Cuántos de esos embarazos terminaron en "partos normales" (vaginales)? SI LA ENTREVISTADA CONTESTA "NINGUNO", MARCAR 0/0	___/___ partos vaginales	Ns/Nc	99
¿Cuántos de esos embarazos terminaron en cesáreas? SI LA ENTREVISTADA CONTESTA "NINGUNO", MARCAR 0/0	___/___ cesáreas	Ns/Nc	99
¿Cuántos de esos embarazos terminaron en abortos? SI LA ENTREVISTADA CONTESTA "NINGUNO", MARCAR 0/0	___/___ abortos	Ns/Nc	99
¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo? SI LA ENTREVISTADA CONTESTA "NINGUNO", MARCAR 0/0	___/___ nacidos vivos	Ns/Nc	99

29) ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? ___/___ años
NS/NC (99) NUNCA TUVO RELACIONES SEXUALES (98)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

d0) ¿Quién es el jefe del hogar (la persona que más aporta en el hogar)?

La entrevistada 1	El marido 2	Otro miembro de la familia 3
----------------------	----------------	---------------------------------

SI LA ENTREVISTADA ES EL JEFE DEL HOGAR, DE AQUÍ EN ADELANTE PREGUNTAR SÓLO POR LA ENTREVISTADA

d1) ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por Ud.? **MOSTRAR TARJETA**

d2) ¿Cuál es el máximo nivel educativo que alcanzó el jefe de hogar? **MOSTRAR TARJETA**

	D1	D2
Sin estudios	1	1
Primario incompleto	2	2
Primario completo	3	3
Secundario incompleto	4	4
Secundario completo	5	5
Terciario incompleto	6	6
Terciario completo	7	7
Universitario incompleto	8	8
Universitario completo	9	9
Posgrado	10	10

D3) Actualmente, ¿Tiene cobertura social?

Sí	1	Ir a PD 5
No	2	CONTINUAR

D4) (A LAS QUE NO EN P ANTERIOR) ¿Tuvo cobertura social en los últimos cinco años?

Sí	1	CONTINUAR
No	2	IR A PD 6

D5) A TODAS LAS QUE TIENEN O TUVIERON COBERTURA SOCIAL ¿Su cobertura es/ fue...

LEER OPCIONES

Obra social no PAMI	1
Mutual o prepaga	2
PAMI	3
Servicio de emergencia	4

D6) A TODAS ¿Cuál es su situación laboral actual?

D7) ¿Y cuál es la situación laboral actual del Jefe de hogar (la persona que más aporta en el hogar)?

	D6	D7	
Trabaja	1	1	NO PUEDE SER JEFE DE FAMILIA
Ama de casa	2	2	
Estudiante	3	3	
Jubilado / pensionado	4	4	
Desocupado	5	5	
Rentista	6	6	

D8. SI TRABAJA O TRABAJABA (ESTÁ DESOCUPADO O ES JUBILADO) ¿Cuál es su ocupación?

D9. ¿Y cuál es la ocupación del jefe de hogar? Describa tareas que realiza, área en la que trabaja, calificación y jerarquía en profundidad. En caso de desempleado o jubilado o pensionado, su última ocupación.

	D8	D9
POR CUENTA PROPIA / AUTÓNOMO		
Changarín / trabajo inestable	4	4
Trabajador no especializado	11	11
Comerciante sin personal	18	18
Técnico / Artesano / Trabajo especializado	24	24
Profesional independiente	30	30
Otros autónomos	17	17
EMPLEADOR		
Socio/ dueño establecimiento agropecuario/ comercial/ industrial		
- Chico (1 a 5 empleados)	30	30
- Mediano (6 a 20 empleados)	36	36
- Grande (21 o más empleados)	40	40
RELACIÓN DE DEPENDENCIA		
Empleado/a doméstica	7	7
Trabajador familiar sin remuneración fija	13	13
Trabajador manual		
- Sin calificación (peón / chofer)	9	9
- Calificado	17	17
- Técnico / capataz	23	23
EMPLEADO		
- Empleado sin jerarquía		
Estatal (incluye docentes primario/ secundario)	12	12
Privado (incluye docentes primario/ secundario)	17	17
- Jefes intermedios, profesionales sin cargo de jefatura. Puestos mediana calificación		
Estatal (incluye docentes universitarios)	19	19
Privado (incluye docentes universitarios)	24	24
- Gerencia		
Estatal	26	26
Privado	30	30
- Alta Dirección		
Estatal	28	28
Privado	37	37

D5. Sumando el ingreso de todos los integrantes de la familia, en cuál de estos rangos se encuentra el monto total de ingreso mensual? **MOSTRAR TARJETA**

Más de \$ 2.001	1
De \$ 1.601 a \$ 2.000	2
De \$ 1.301 a \$ 1.600	3
De \$ 1.001 a \$ 1.300	4
De \$ 851 a \$ 1.000	5
De \$ 701 a \$ 850	6
De \$ 551 a \$ 700	7
De \$ 401 a \$ 550	8
De \$ 301 a \$ 400	9
De \$ 151 a \$ 300	10
Hasta \$ 150	11
NO TIENE INGRESO	12
NS/NC	99

Hora de finalización: _____ Duración Total (COMPLETAR EN EDICIÓN): _____

**AGRADECER Y FINALIZAR
CERTIFICACIÓN DEL ENCUESTADOR**

“Certifico que toda la información incluida en este cuestionario es apropiada y fue obtenida por mí en una entrevista con la persona anteriormente mencionada. La entrevista fue llevada a cabo de acuerdo con las instrucciones dadas.”

Firma del entrevistador: _____ Fecha: _____

Programa de control, defensa y promoción de derechos sexuales y reproductivos

Coordinación:

Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USUARIAS

Estamos solicitando su participación en un estudio que lleva a cabo la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en colaboración con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Queremos conocer qué opinan las mujeres usuarias acerca del funcionamiento del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

Necesitamos su colaboración para responder unas preguntas. Tardaremos alrededor de 20 minutos. La información que usted nos dé es confidencial, o sea, que no será conocida por nadie fuera del equipo que hace el estudio.

Usted tiene derecho a responder las preguntas que quiera y decidir cuándo interrumpir la entrevista. Si no quiere participar, de ninguna manera esto afectará la atención que usted recibe en este servicio del hospital/centro de salud.

Declaración de consentimiento:

He leído o escuchado la información que me han dado sobre la encuesta, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto voluntariamente participar en el estudio y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

Firma (opcional):.....

Fecha:/...../03

ENCUESTA A PROFESIONALES

Nº de cuestionario: _____ Centro/ Hospital: _____
Nombre del encuestador: _____
Fecha de entrevista: _____ Hora de comienzo: _____
Nombre del Supervisor: _____

Buenos días/ tardes, mi nombre es _____ y soy encuestadora de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y el CEDES. Quisiéramos conversar con Ud. acerca del funcionamiento del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PPR) en este servicio del hospital/centro de salud.

La encuesta será realizada a todos los/as profesionales del servicio del hospital/centro de salud que se encuentren afectados al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (se excluye a personal de enfermería y personal administrativo).

Aplicar el consentimiento informado

CONOCIMIENTO DEL MARCO LEGAL Y NORMATIVAS VIGENTES

1) Me podría mencionar qué marcos normativos (leyes, códigos, resoluciones) conoce o recuerda sobre salud sexual y reproductiva. **ABIERTA - RESPUESTAS ESPONTÁNEAS - OPCIONES MÚLTIPLES. CODIFICAR CON LISTADO**

CEDAW (Convención sobre la Eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer) 1
Código Penal (aborto) 2
Ley Nº 418/00 de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires 3
Ligadura tubaria (Consenso de expertos) 4
Resolución de la Defensoría sobre Anencefalia 5
Ley 17132 de Ejercicio Profesional de la Medicina 6
Ley 25.673/02 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable 7
Ns/Nc 99

2) En junio de 2000 se sancionó la **Ley N°418** de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En su opinión, ¿se han producido cambios en el servicio/ centro de salud o en el Programa desde la sanción de esta ley?.

Si	1	CONTINUAR
No	2	
Otras respuestas (ESPECIFICAR) _____		
No sabe	8	IR A P4
No contesta	9	

3) **SÓLO SI PERCIBIÓ CAMBIOS** ¿Qué cambios se produjeron? (NO LEER, ESPONTÁNEA - OPCIONES MÚLTIPLES - INDAGAR, REPREGUNTAR). CODIFICAR EN LA COLUMNA “CAMBIOS”

4) A LOS QUE CONTESTARON “NO/ OTROS/ NS/NC” EN P2 Y PARA CADA CAMBIO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE EN P ANTERIOR, ¿Considera Ud. que desde la sanción de la Ley 418 de Salud Sexual y Reproductiva en el año 2000...?

	3) Cambios	¿Considera Ud. que desde la sanción de la Ley 418...			
		Si	No	No Sabe	
... Existe mayor regularidad en la provisión de métodos anticonceptivos en el servicio/ centro de salud	1	1	2	8	9
... Existe mayor diversidad de métodos anticonceptivos para entregar a las usuarias	2	1	2	8	9
... Aumentó la cantidad de métodos anticonceptivos disponibles para entregar a las usuarias	3	1	2	8	9
... Aumentó el número de consultas en el servicio/ centro de salud	4	1	2	8	9
... Se acercan más varones al servicio/ centro de salud	5	1	2	8	9
... Se acercan más adolescentes al servicio	6	1	2	8	9
... Aumentaron las horas de atención	7	1	2	8	9
... Mejoró la organización del servicio/ centro de salud	8	1	2	8	9
... Aumentó la cantidad de profesionales dedicados al Programa de Procreación Responsable	9	1	2	8	9
... Aumentó la multidisciplinariedad dentro del equipo de salud	10	1	2	8	9
Otros (ESPECIFICAR) _____					
No sabe	98				
No contesta	99				

ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

5) **A TODOS** Quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la información sobre salud sexual y reproductiva que, independientemente del motivo de la consulta, Ud. le brinda a las usuarias que se atienden en el Programa. Sobre.... (**LEER UNA A UNA**) ¿informa siempre, informa si la usuaria lo necesita o no informa?

	3) Cambios	Sí	No		
Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos	1	2	3	8	9
VIH/SIDA	1	2	3	8	9
Papanicolau	1	2	3	8	9
Anticoncepción de emergencia	1	2	3	8	9
Violencia	1	2	3	8	9
El derecho a recibir gratuitamente métodos anticonceptivos	1	2	3	8	9
El derecho a recibir una atención gratuita de su salud	1	2	3	8	9
El derecho a conocer su historia clínica	1	2	3	8	9

Sabe No Contesta

6) En esta tarjeta figuran una lista de temas que un/a profesional tiene en cuenta cuando prescribe un método anticonceptivo. Le pido que los ordene de 1 a 10 siendo 1 el tema menos importante y 10 el más importante. **MOSTRAR TARJETA**

a El método que la mujer desea usar	_____
b La cantidad de hijos que la mujer quiere tener	_____
c La cantidad de hijos que la mujer tiene	_____
d Los intervalos intergenésicos	_____
e La edad de la mujer	_____
f La actitud de la pareja para con el método anticonceptivo	_____
g La disponibilidad del método anticonceptivo en el servicio/ centro de salud	_____
h El nivel educativo de la mujer	_____
i La posibilidad de la mujer de acceder a los servicios de salud	_____
j La opinión del/a profesional sobre el método	_____

7) La Ley N°418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable indica que debe proveerse información a las usuarias de servicios/ centros de salud sobre los temas que le voy a mencionar. Señale, para cada uno, si le resultan muy, bastante, algo, poco o nada difícil para informar a las usuarias. **MOSTRAR TARJETA.**

	Muy difícil	Bastante difícil	Algo difícil	Poco difícil	Nada difícil	NS	NC
Edades e intervalos intergenésicos adecuados para la reproducción	1	2	3	4	5	8	9
Efectividad, contraindicaciones y correcta utilización de MAC	1	2	3	4	5	8	9
Prevención de embarazos no deseados	1	2	3	4	5	8	9
Prevención de patología gineco mamaria	1	2	3	4	5	8	9
Prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual mediante uso de preservativo	1	2	3	4	5	8	9

8) SI MENCIONÓ TEMAS MUY O BASTANTE DIFÍCILES DE INFORMAR. ¿Por qué le resultan muy/ bastante difíciles de informar a las usuarias? **MOSTRAR TARJETA. RESPUESTAS MÚLTIPLES.**

La falta de comprensión de las usuarias	1
La falta de capacitación de los profesionales	2
La falta de tiempo durante la consulta para hablar del tema	3
La falta de materiales informativos de apoyo	4
La falta de insumos	5
La mala calidad de los materiales de apoyo	6
Otras respuestas (ESPECIFICAR) _____	
No sabe	8
No contesta	9

9) En cuanto a los folletos, trípticos, pósters, carteles con información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos para utilizar en la consulta, ¿se encuentran disponibles nunca, a veces o siempre?

Nunca 1	A veces 2	Siempre 3	No sabe 8	No contesta 9
Ir a P. 12	Continuar		Ir a P. 12	

10) SÓLO SI CODS. 2 Ó 3 EN P ANTERIOR Con respecto a los folletos, pósters, carteles con información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, ¿Dispone de ellos en cantidad suficiente o insuficiente?

Suficiente 1	Insuficiente 2	No sabe 8	No contesta 9
-----------------	-------------------	--------------	------------------

11) ¿Le resultan muy, bastante, algo, poco o nada útiles cuando provee información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a las usuarias? **MOSTRAR TARJETA**

Muy útiles 5	Bastante útiles 4	Algo útiles 3	Poco útiles 2	Nada útiles 1	N/S 8	N/C 9
-----------------	----------------------	------------------	------------------	------------------	----------	----------

A TODOS

CAPACITACIÓN

Ahora quisiera formularle algunas preguntas acerca de las actividades de capacitación. Para cada uno de los temas que le iré mencionando, quisiera saber si:

12) ¿Participó o no en actividades de capacitación (cursos de especialización, cursos de actualización, talleres, congresos, ateneos, etc.) con la iniciativa del Programa desde el año 2000 a la fecha ?

13) ¿Considera necesario para su práctica profesional recibir capacitación sobre ese tema?

14) ¿Considera que es nada, poco, algo, bastante o muy prioritario que el Programa se ocupe de capacitar a los profesionales en...? **MOSTRAR TARJETA**

	12			13			14					
	Si	No	NS/ NC	Si	No	NS/ NC	Muy difícil	Bastante difícil	Algo difícil	Poco difícil	Nada difícil	NS/ NC
Salud sexual y reproductiva	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	
Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	
SIDA	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	
Legislación	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	
Violencia sexual y familiar	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	
Derechos sexuales y reproductivos	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	
Género	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	
Habilidades comunicacionales para la relación médico-paciente	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	
Bioética	12	9	1	2	9	1	2	3	4	5	9	

CAPACITACIÓN

15) Ahora voy a leerle una serie de derechos garantizados en la Constitución y en la Ley de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires. Para cada uno de ellos le pido que conteste si considera que tiene posibilidades de promoverlo desde su práctica cotidiana.

	Si	No	NS	NC
... que las mujeres sean consultadas siempre que se realice un procedimiento médico	1	2	8	9
... que las mujeres tengan relaciones sexuales sin temor a quedar embarazadas	1	2	8	9
... que las mujeres puedan vivir libremente la orientación sexual deseada	1	2	8	9
... que las mujeres puedan decidir cuándo y con quién tener las relaciones sexuales	1	2	8	9
... que el varón participe en las decisiones reproductivas	1	2	8	9
... que las mujeres puedan decidir libre y responsablemente si tener o no tener hijos y el número de hijos	1	2	8	9
... que las mujeres tengan la información y los recursos necesarios para tomar decisiones sobre su vida sexual	1	2	8	9

16) SI CONTESTÓ “NO” EN ALGUNA DE LAS FRASES DE P ANTERIOR ¿El principal obstáculo para que Ud. tenga la posibilidad de promover estos derechos proviene de...? MOSTRAR TARJETA - UNA SOLA OPCIÓN

...la falta de objetivos claros del Programa	1
...la oposición de la Iglesia	2
...la falta de información o educación de las mujeres	3
...las condiciones de trabajo en el Programa	4
...el desinterés u oposición de la pareja de las usuarias	5
Otras respuestas (ESPECIFICAR)	
No sabe	8
No contesta	9

17) A TODOS Indique, de acuerdo a su opinión a su opinión, el nivel de prioridad para la salud pública que tiene cada una de las siguientes acciones. **MOSTRAR TARJETA**

	Muy difícil	Bastante difícil	Algo difícil	Poco difícil	Nada difícil	NC
Implementar y/ o mejorar los programas de asistencia en anti-concepción	1	2	3	4	5	8 9
Reglamentar la atención de los abortos no punibles en los hospitales públicos	1	2	3	4	5	8 9
Implementar programas de educación sexual dirigidos a la población adolescente	1	2	3	4	5	8 9
Implementar programas de asesoramiento anticonceptivo post aborto	1	2	3	4	5	8 9
Promover el debate público sobre la situación del aborto en el país	1	2	3	4	5	8 9
Implementar programas para mejorar la atención de los abortos hospitalizados	1	2	3	4	5	8 9
Implementar campañas de prevención de VIH/SIDA con distribución de preservativos	1	2	3	4	5	8 9
Reglamentar la prohibición de la ligadura tubaria	1	2	3	4	5	8 9
Reglamentar la prohibición de la vasectomía	1	2	3	4	5	8 9

18) Le leeré dos frases. Para cada una de ellas indique si se encuentra en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o de acuerdo.

	Algo difícil	Poco difícil	Nada difícil	NS	NC
Los hospitales públicos deberían hacerse cargo de realizar los abortos no penalizados por la ley	1	2	3	8	9
La realización de ligadura tubaria no requiere autorización judicial en casos de indicación médica	1	2	3	8	9

19) ¿Conoce la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires? Una sola respuesta.

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
Continuar		IR A P22	

20) SÓLO SI COD 1 EN P ANTERIOR ¿Alguna vez tuvo contactos con este organismo por razones vinculadas a su práctica profesional? LEER OPCIONES. OPCIONES MÚLTIPLES

Sí, tuvo contactos por casos de usuarias que llegaron al servicio/ centro de salud	1	CONTINUAR IR A P22
Sí, tuvo contactos por casos que derivó al organismo	2	
Sí, tuvo contactos por cuestiones personales vinculados a su práctica profesional	3	
No tuvo contactos con este organismo por razones vinculados a su práctica profesional	4	
Otras respuestas (ESPECIFICAR) _____	8	
No sabe	9	
No contesta		

21) SOLO SI TUVO CONTACTO, CODS 1, 2 Ó 3 EN P ANTERIOR ¿Qué evaluación hace del desempeño de la Defensoría del Pueblo ... (LEER OPCIONES)?

Malo	Regular	Bueno	No sabe	No contesta
1	2	3	8	9

A TODOS

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO/ RECURSOS

22) Para cada método anticonceptivo, indique si durante el año 2002 dispuso de él para entregar a las mujeres “siempre en cantidad suficiente”, “siempre pero en cantidad insuficiente”, “a veces en cantidad suficiente” o “a veces en cantidad insuficiente” o “nunca” dispuso. MOSTRAR TARJETA

	Siempre Suficiente	Siempre Insuficiente	A veces Suficiente	A veces Insuficiente	Nunca	NS	NC
Anticoncepción de emergencia	1	2	3	4	5	8	9
Diafragma	1	2	3	4	5	8	9
DIU	1	2	3	4	5	8	9
Esponja con espermicida	1	2	3	4	5	8	9
Gel espermicida	1	2	3	4	5	8	9
Hormonales inyectables	1	2	3	4	5	8	9
Hormonales orales	1	2	3	4	5	8	9
Óvulos espermicidas	1	2	3	4	5	8	9
Preservativo femenino	1	2	3	4	5	8	9
Preservativo masculino	1	2	3	4	5	8	9

23) Para cada método anticonceptivo que tuvieron siempre o a veces, indique quién/ es lo proveyó/ proveyeron durante el año 2002. **RESPUESTAS MÚLTIPLES - LEER ITEMS UNO A UNO**

	Gobierno de la Ciudad de Bs. As.	LUSIDA	Laboratorio	Otros (ESPECIFICAR)	NS	NC
Anticoncepción de emergencia	1	2	3		8	9
Diafragma	1	2	3		8	9
DIU	1	2	3		8	9
Esponja con espermicida	1	2	3		8	9
Gel espermicida	1	2	3		8	9
Hormonales inyectables	1	2	3		8	9
Hormonales orales	1	2	3		8	9
Óvulos espermicidas	1	2	3		8	9
Preservativo femenino	1	2	3		8	9
Preservativo masculino	1	2	3		8	9
Otros (especificar)	1	2	3		8	9

24) De todos los que figuran en esta lista, mencione los tres principales obstáculos para brindar una buena calidad de la atención a las usuarias que concurren a este servicio/ centro de salud? **MOSTRAR TARJETA**

Infraestructura	1
Falta de insumos	2
Horarios de atención	3
Cantidad insuficiente de personal	4
Sobrecarga de trabajo	5
Falta de interés en responder a necesidades específicas	6
Falta de presupuesto	7
Falta de capacitación profesional	8
Otras respuestas (ESPECIFICAR) _____	
No sabe	98
No contesta	99

CALIDAD DE LA ATENCIÓN OFRECIDA

25) Respecto de su trabajo en este servicio/ centro de salud, Ud. se encuentra. **MOSTRAR TARJETA**

Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante satisfecho	No sabe	No contesta
1	2	3	4	8	9
CONTINUAR			IR A P28		

26) ¿Cuáles son los principales obstáculos para alcanzar la satisfacción con su tarea? **RESPUESTAS ESPONTÁNEAS, OPCIONES MÚLTIPLES, INDAGAR, REPREGUNTAR: ¿Algo Más?.**

La sobrecarga de trabajo	1
La remuneración	2
La infraestructura	3
La distribución del trabajo dentro del equipo	4
Las normativas internas del hospital/centro de salud	5
La falta de normativas claras del Programa	6
Otros (ESPECIFICAR) _____	
No sabe	98
No contesta	99

27) Cuando Ud. está atendiendo a una mujer, ¿.....(leer las preguntas de las filas una a una) nunca, a veces o siempre? **MOSTRAR TARJETA**

	Nunca	A veces	Siempre	NS	NC
...¿entra y sale o hay gente adentro del consultorio mientras atiende.?	1	2	3	8	9
...¿se escuchan lo que hablan otros/as profesionales con sus pacientes?	1	2	3	8	9
...¿la mujer puede desvestirse sin que nadie la vea...?	1	2	3	8	9

Con respecto al tiempo de duración de una consulta, podría decirme:

28) ¿Cuánto dura una consulta?

29) Ese tiempo es ¿más del que necesita, justo el que necesita o menos del que necesita?

	13		14				
	(Min. Hs.)	NS/NC	Nada difícil	Nada difícil	Nada difícil	NS	NC
¿Cuánto dura una consulta?	9	1	2	3	8	9

30) ¿Cuál de las siguientes cuestiones cree ud. que podría mejorar la relación con las usuarias? **MOSTRAR TARJETA**

Aumentar la duración de la consulta	1
Utilizar un lenguaje más comprensible para las usuarias	2
Personalizar la atención	3
Mejorar las habilidades comunicacionales del/la profesional	4
Realizar un seguimiento sistemático de las usuarias	5
Disminuir la cantidad de casos que se atienden diariamente	6
Otros (ESPECIFICAR) _____	
No sabe	8
No contesta	9

31) En general, la calidad de la atención que se ofrece en el servicio/ centro de salud es... **MOSTRAR TARJETA**

Pésima	Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena	Excelente
1	2	3	4	5	6	7

32) Pensando en la atención que el Programa ofrece actualmente en este servicio/ centro de salud, ¿cómo evalúa los siguientes aspectos, de 1 a 10, donde 1 es la peor evaluación posible y 10 la mejor evaluación. **LEER UNO A UNO: NS/NC à 99**

Trato de los profesionales a las usuarias	
Trato del personal administrativo a las usuarias	
Sistema de turnos	
Tiempo de espera	
Claridad de la información dada por los profesionales	
Limpieza del consultorio	
Disposición de los profesionales para contestar dudas de usuarias	
Limpieza de los baños	
Capacidad de los profesionales para resolver las necesidades de las usuarias	
Duración de la consulta	
Respeto a los derechos de las usuarias	
Capacitación del equipo profesional	
La provisión de métodos anticonceptivos	

DATOS DE CLASIFICACIÓN

D1) REGISTRAR, NO PREGUNTAR

SEXO	
Femenino	Masculino
1	2

D2) ¿Podría decirme por favor cuántos años tiene? EDAD: (AÑOS CUMPLIDOS)

D3) ¿Podría decirme cuál es su profesión?

Médicos/as obstetra	Médicos/as ginecólogo/a	Obstétricas	Psicólogos/as	Sociólogos/as	Antropólogos/ as	Psicopedagogos/as	Trabajadores/a s sociales	Otra (ESPECIFICAR)
1	2	3	4	5	6	7	8	

D4)Cuál es su antigüedad en el Programa de Procreación Responsable: AÑOS

D5) Qué cantidad de horas semanales trabaja en el Programa de Procreación Responsable: HORAS

D6) ¿Podría decirme cuál es su situación laboral?

D6.a) Renta		D6. b) Dedicación	
Rentado	No rentado	Dedicación exclusiva (Full time)	Dedicación semiexclusiva
1	2	1	2

D7) Ud. trabaja ¿sólo en el servicio, sólo en el centro de salud o en servicio y centro de salud?

Sólo en servicio	Sólo en centro de salud	Servicio y centro de salud	Otras situaciones (ESPECIFICAR)	No sabe/ No contesta
1	2	3		9

Hora de finalización:..... Duración Total (COMPLETAR EN EDICIÓN):.....

Colocar este código en toda pregunta que...

POR LA PROFESIÓN NO REALIZA LA TAREA/ NO CONOCE EL TEMA 55

**AGRADECER Y FINALIZAR
CERTIFICACIÓN DEL ENCUESTADOR**

“Certifico que toda la información incluida en este cuestionario es apropiada y fue obtenida por mí en una entrevista con la persona anteriormente mencionada. La entrevista fue llevada a cabo de acuerdo con las instrucciones dadas.”

Firma del entrevistador: _____

Fecha: _____

Programa de control, defensa y promoción de derechos sexuales y reproductivos

Coordinación:

Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES

Por medio del presente formulario estamos solicitando su participación en el estudio de referencia, que lleva a cabo la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en colaboración con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad. El objetivo principal es conocer cómo funciona el Programa de Procreación Responsable en este servicio/centro de salud desde la perspectiva de los/las profesionales que se desempeñan en este Programa.

Su participación es muy valiosa ya que nos permitirá conocer sus opiniones a fin de detectar los nudos críticos presentes en su práctica cotidiana, rescatar la labor con las usuarias y mejorar la calidad de la atención brindada. Se espera que los resultados del estudio contribuyan a afianzar y reorientar el Programa.

La información recogida será estrictamente confidencial. Ud. tiene derecho a no aceptar la entrevista, a no responder las preguntas que no desee contestar y a suspender la entrevista cuando lo desee o crea necesario, aún cuando haya firmado este formulario aceptando participar.

No hay beneficios directos por su participación en este estudio.

Declaración de consentimiento:

He leído la información en este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Consiento voluntariamente en participar del estudio y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee, sin que esto tenga consecuencias para mí.

Firma

(opcional):

.....

Fecha:/...../03

Programa de control, defensa y promoción de derechos sexuales y reproductivos

Coordinación: **Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires**

Guía de observación

HOSPITAL:

CENTRO DE SALUD N°: SERVICIO:

FECHA:/...../03 NOMBRE DE LA OBSERVADORA: LA () DS ()

A. Actividades de información, educación y comunicación ofrecida a usuarias (IEC)

Existe un área específica (cartelera, pared, etc.) para la provisión de información? Si No

Se Dispone de materiales de IEC Si No

Tipo de materiales que dispone:

Folletos I	Posters	Videos	Hojas impresas	Otros	Organismo o gubernamental	Organismo no gubernamental	Servicio/ centro de salud	Iglesia	Otro
------------	---------	--------	----------------	-------	---------------------------	----------------------------	---------------------------	---------	------

Derechos	
Anticoncepción	
ETS	
VIH/SIDA	
Violencia	
Lactancia	
Cáncer Génito	
Mamario	
Ley 418	
Ley Básica de Salud	

Infraestructura	Área de espera	Consultorio	Comentarios
B. Calidad de la atención	Si No	Si No	

¿Es satisfactorio el estado de limpieza?			
¿Es satisfactoria la privacidad auditiva (sólo aplica al consultorio)			
¿Es satisfactoria la privacidad física? (sólo aplica al consultorio)			
¿Es satisfactoria la temperatura ambiental?			
¿Es satisfactoria la comodidad?			
¿Es satisfactoria el estado de limpieza de los baños? (sólo aplica al área de espera)			
¿Es satisfactoria la cantidad de baños disponibles? (sólo aplica al área de espera)			
¿Es satisfactoria la facilidad de acceso a los baños? (sólo aplica al área de espera)			

Organizaciones que participaron de la capacitación del Programa Ciudadanía y Sexualidad, realizada en el mes de noviembre de 2003.

ACCIÓN SOLIDARIA EN SALUD

Sara Torres - Leonor G. Núñez

Domicilio: Moreno 2755 3°A - Ciudad de Buenos Aires

Teléfono: 4- 932-6341 / 4-362-6117

Correo electrónico: accionesolidariaensalud@uolsinectis.com.ar

Áreas de trabajo: Derechos sexuales y reproductivos, educación sexual, prevención VIH/SIDA y ETS, salud reproductiva y salud en general, ciudadanía.

AMMAR Capital Asociación de Mujeres Argentinas por los Derechos Humanos

Domicilio: Yermal 2451 - Ciudad de Buenos Aires (provisorio)

Teléfono: 4- 923-3679 (provisorio) 1556937406 (provisorio)

Correo electrónico: sosasilva@infovia.com.ar (aclarar para AMMAR Capital)

Áreas de trabajo: salud integral, salud reproductiva, derechos humanos, capacitación de mujeres que ejercen la prostitución para la búsqueda de otras alternativas laborales, capacitación para control del estado sanitario, distribución de preservativos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, coordinación de políticas alimentarias en el grupo.

AMMUBA (ASOCIACIÓN MUTUAL MUJERES DE BUENOS AIRES)

Domicilio: Pje. del Progreso 949 - Ciudad de Bs.As.

Teléfono: 4683-1081

Correo electrónico: ammuba1@yahoo.com.ar

Áreas de trabajo: Talleres de salud reproductiva - talleres sobre sexualidad, género y derechos en escuelas secundarias - violencia intra-familiar - talleres sobre mujeres políticas, etc.

A.M.MU.TE

Marta Boimel. Directora General Area Mujer y Sexualidad

Dirección: Talcahuano 316 6° Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono: 4373-2531 4372-6108

Correo electrónico: martaboimel@hotmail.com o ammute@dtddl.com.ar

Áreas de trabajo: Salud sexual y reproductiva. abuso, empoderamiento y todo lo que sea, que eleve la calidad de vida de las personas que requieren nuestro servicio etc.

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE EDUCADORES SEXUALES

Silvia Kurlat

República de la India 2819 7°A (1425)

Teléfono: 4807-7047

Correo electrónico: aaes@ciudad.com.ar

Área de trabajo: Educación sexual, difusión del tema de la sexualidad humana, salud sexual y reproductiva, prevención, abuso sexual, ETS y VIH/SIDA, violencia doméstica, derechos de niños, niñas y adolescentes.

ASOCIACIÓN MUJERES EN ACCIÓN

Domicilio: Av.L.M.Campos 1035 8 C

Teléfono: 4773-0302-4553-3216

Correo electrónico: mujeresenaccion@fibertel.com.ar

Página web: www.mujeresenaccion.info

Áreas de trabajo: Violencia Familiar, salud sexual y reproductivas, microemprendimientos.

CENTRO EDUCATIVO ARGENTINO

María Inés Vilas

Domicilio: Pedernera 855 PB (1406)

Teléfono: 4-611-1780

Correo electrónico: mibrugues@hotmail.com

Áreas de trabajo: Educación especial, formación profesional, chicos de la calle, niños, niñas y adolescentes.

DESALAMBRANDO

Domicilio: Maipú 631 1° "15" Capital

Teléfono: 4326-2470

Correo electrónico: desalambrando@yahoo.com.ar

Página web: en construcción

Áreas de trabajo: Prevención de la violencia doméstica en relaciones de lesbianas: Investigación, Atención: psicológica, legal, consejería y grupos de autoayuda, prevención, concientización y visibilización de maltrato en relaciones de lesbianas
Violencia social hacia las lesbianas, derechos humanos

DIMA

Inés Victorica, Fernanda de Vera

Dirección: Bernardo de Irigoyen 2651 (Boulogne)

Teléfono./Fax: 4-710-9247

Correo electrónico: centrodima@argentina.com

Página web: www.centrodima.com.ar

Áreas de trabajo: atención y orientación en psicoterapia, adolescencia, adolescentes embarazadas, centro para la mujer, violencia familiar, psicodiagnóstico

FEIM - Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -

Dirección: Paraná 135 Piso 3 "13" (1017) -Buenos Aires - Argentina

Teléfono./Fax: (+54 11) 4372 2763

Correl electrónico: feim@ciudad.com.ar

Página web: www.feim.org.ar

Áreas de trabajo: Derechos de la mujer; salud integral de la mujer, derechos reproductivos y sexuales, ETS y VIH/SIDA, sexualidad, salud reproductiva; medio Ambiente; envejecimiento y mujer; trabajo e Inserción laboral.

FEMINISTAS EN ACCION

Dirección: España 90 5piso Dto. 25 1832 - Lomas de Zamora

Teléfono: 4- 292 6930

Correo electrónico: belkyskarlen@hotmail.com, shapastor@aol.com

Área de Trabajo: Monitoreo de salud sexual y reproductiva

FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Domicilio: Sánchez de Bustamante 27 (1173) Buenos Aires -Argentina (pronta modificación)

Teléfono: (54-11) 4804-9824 - 4831-8218 - 4831-1576

Correo electrónico: forodrr@abaconet.com.ar

Áreas de trabajo: Contribución en el diseño y desarrollo de campañas públicas a favor de los derechos de las mujeres, participación en acciones de monitoreo de leyes y programas de salud sexual y reproductiva, organización de seminarios, talleres y debates, discusión, sistematización, elaboración y difusión de material informativo y datos sobre derechos reproductivos

FUNDACIÓN AGENDA DE LAS MUJERES

Domicilio: Coronel Díaz 2142 (CP.1425) Ciudad de Buenos Aires

Teléfono:4822-2544

Correo electrónico: evangelinadorola@yahoo.com.ar edorola@sssalud.gov.ar

Página web: www.agendadelasmujeres.org

Áreas de trabajo: Derechos- equidad- comunicación-difusión- empoderamiento- servicios.

FUNDACIÓN PODER CIUDADANO

Domicilio: Piedras 547 timbre 2 (C.P.C1070AAK)

Teléfono: 4331 4925

Correo electrónico: info@poderciudadano.org

Página web: www.poderciudadano.org.ar

Áreas de trabajo: Construcción de ciudadanía, Acción por la justicia, Acción con los políticos e infocívica - información cívica para una mejor ciudadanía-.

FUNDACION R.E.D.

Domicilio: Cucha Cucha 1153

Teléfono: 45812990

Correo electrónico: fundacionred@fibertel.com.ar(organizacion)

Página web: www.redsida.org.ar

Áreas de trabajo: Sexualidad y sida, genero y sida, adherencia a tratamientos

GENTE DEL SUR (LA BOCA)

Rosa Rodríguez Castro/ Miriam Bearzotti

Domicilio: Av. Patricios 984

Teléfono: 4-301-5448

Correo electrónico: miram_bearzotti@yahoo.com.ar

Áreas de trabajo: asesoramiento jurídico, atención psicológica, apoyo escolar, mujer, infancia, abuso sexual, violencia familiar, adicciones

HOSPITAL VÉLEZ SARFIELD

Dominga Haydee Marinaro

Teléfono: 4552 9346

Correo electrónico: ribhvelez@intramed.net.ar

MOVIMIENTO BARRIOS DESDE ABAJO- COMISIÓN DE LA MUJER

Clara Olga Vargas

Domicilio: Barrio Piedrabuena - Escalera 25 "A" 10 "B" (Entre Montiel y 8 de abril) - Barrio Pirelli- (1439) - Lugano

Teléfono: 4- 602- 6594

Áreas de trabajo: comedor, charlas sobre violencia familiar, educación sexual, ayuda escolar

MUJERES EN PROYECCIÓN (anteriormente LA FRAGUA).

Marta Guzmán

Dirección: Gral. César Díaz 2302

Teléfono: 15-5-3401508

Correo electrónico: martaguzman15@yahoo.com.ar, martaguzman15@hotmail.com

MUJERES TRABAJANDO

Domicilio: Betbeder 1345 (CP.1428) Ciudad de Buenos Aires

Teléfono: 4782-4718

Correo electrónico: sustil@ciudad.com.ar mujerestrabajando@abaconet.com.ar

Página web: www.mujerestrabajando.org

Áreas de trabajo: Derechos sexuales y reproductivos. ciudadanía. violencia doméstica.

MVP (Movimiento por la Victoria del Pueblo - Comisión de mujeres)

Domicilio: Primera Junta 5455 - Capital - (1440)

Teléfono: 4684-1169

Correo electrónico: movxlavictoriadelpueblo@yahoo.com.ar

Página web: <http://cablemodem.fibertel.com.ar/mxlavictoriadelpueblo/>

Área de trabajo: Política de Género en los movimientos sociales

PUNTO DE UNIÓN, ASOCIACIÓN CIVIL HUMANITARIA

Domicilio: Sede Social Tres Arroyos 322 , Ciudad de Bs, As,

Sede Admistrativa: Av.Caseros 3183, dto. 41, Ciudad de Bs. As.

Teléfono: 4911-3261

Correo electrónico: puntodeunion@ciudad.com.ar

Áreas de trabajo: Derechos sexuales y reproductivos, asistencia, docencia en salud sexual y reproductiva y ETS.

RED SALUD . Consultorios de la mujer y su grupo familiar

Horacio Gastrell

Domicilio: , Sede Centro: Av. Rivadavia 4039 Ciudad de Buenos Aires

Teléfono: 4982-3999/ 9881

Correo electrónico: etmorales@arnet.com.ar

Áreas de trabajo: Ginecología y obstetricia, policlínicos, planificación familiar

SERVICIO UNIVERSITARIO MUNDIAL

Domicilio: Solís 1067 (1078) Ciudad de Buenos Aires

Teléfono: 4304 9729/9783

sumar@sumar.org.ar

Temas: Ciudadanía, derechos humanos, educación no formal.

Participaron como particulares:

MARÍA ESTER SORS

ARMANDO PEBE PUEYRREDÓN

ORGANISMOS GUBERNAMENTALES

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

Venezuela 842

Tel: 4338-4900

www.defensoria.org.ar

Dirección General de la Mujer (GCBA)

Carlos Pellegrini 211, 7º piso.

Tel: 4393-6466/62.

Conmutador 4323 8000 int. 4383/4384

Línea gratuita 0800 666 8537

www.gcba.gov.ar

Centros Integrales de la Mujer (CIM), dependientes de la Dirección General de la Mujer del GCBA

CIM "Alicia Moreau": Humberto 1470, 1º Piso. Tel: 4300-7775

CIM "Elvira Rawson": Salguero 765. Tel: 4867-0163

CIM "Isabel Calvo": Av. Brasil entre Lima Este y Lima Oeste- Plaza Constitución

CIM "Margarita Malharro": 24 de noviembre 113. Tel: 4931-6296

CIM "María Gallego": F. Beiró 5229. Tel: 4568-5142

CIM "Anita Cosmitz Boccalich": California 601. Tel.: 4301 3103

CIM de Villa Lugano. Cafayate 5230. Tel.: 4605 5741

CIM "Lola Mora": Agüero 301. Tel.: 4866 3298

CIM "Arminda Aberastury": Hipólito Yrigoyen 3202. Tel.: 4956 1768

Dirección General de Niñez y Adolescencia (GCBA)

Cochabamba 1575- 1º Piso

Tel.: 4300 7974 Fax: 4300 8649

www.dirgralnin.gov.ar

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)

Av. Leandro N. Alem 150

Tel: (5411) 4346-1774 (de 10 a 16 hs)

Fax: (5411) 4346-1773

www.mininterior.gov.ar/inadi/

Email: inadi@mininterior.gov.ar

Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes

Roque Sáenz Peña 547 6°

Tel: (5411) 4331-3297/3232

<http://www.infanciayderechos.gov.ar>

Línea de consultas y denuncias 102

Consejo Nacional de la Mujer

Paseo Colón 275 - Piso 5° Código Postal C1063ACC Capital Federal - Buenos Aires

Argentina

www.cnm.gov.ar

E-mail: cnm@cnm.gov.ar

Telefono-fax: (5411) 4345-7384 4345-7385 4345-7386 4342-9010 4342-9098 4342-9120 4342-7354

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Acción del Consumidor (ADELCO)

Tte. Gral. Perón 1558, 7°

Tel: 4371-2662/0864/0865

www.adelco.com.ar

Asociación por los Derechos de los Usuarios de Salud

Av. Belgrano 1265 10° of.45

Tel: 4382- 9907

Fax: 4383-3334

www.adusalud.org.ar

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Piedras 547 1° dto. 1 (C1070AAJ)

Tel/fax: 4334-4200

www.cels.org.ar

Correo electrónico: cels@cels.org.ar

Colegio Público de Abogados de la Capital Federal

Comisión de la Mujer

Av. Corrientes 1441 3° Piso

Tel: 4379-8700/ 4372 4591/4601

Agencias de Salud del Gobierno de la Ciudad

Atención médica en salud sexual y reproductiva

Nombre de la institución	Domicilio	Teléfono general	Teléfono del servicio / CESAC
Hospital General de Niños “Pedro de Elizalde” Servicio de Ginecología para Adolescencia	Montes de Oca 40	4307 5898/5223/7400	4307-5842/43/44 int.
Hospital General de Niños “Ricardo Gutierrez” Servicio de Adolescencia	Sánchez de Bustamante 1399	4962-3762/2021 4962-9212-9280-0247-9248	
Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” Servicio de Tocoginecología	Esteban de Luca 2151	4943-3567/1248 - 4943-4037 (personal)	
Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” Servicio de Obstetricia CESAC 9 CESAC 15	Almirante Guillermo Brown 240 Irala 1254 Humberto Primo 470	4362-5120/2621	Conm 4362-5555/5811/0420 int 206 4302 9983 4361-4938 /4139/9006
Hospital General de Agudos “Dr. Teodoro Alvarez” Servicio de Obstetricia CESAC “Santa Rita”	J.F. Aranguren 2701 Jonte 2799	4611-4406/5165/ 4612-5073 4501-7749	
Hospital General de Agudos “Dr. Carlos Duránd” Servicio de Tocoginecología CESAC 22 CESAC 23	Av. Díaz Vélez 5044 Guzman 90 Querandies 4290	4982-1771 / 5555 / 4109	4855-6268 4983 6098
Hospital General de Agudos “Dr. Francisco Santojanni” Servicio de Ginecología CESAC 3 CESAC 4 CESAC 5	Pilar 950 De la Frontera 5144 Pilar y Alberdi Av. Piedarbuena 3200Ç	4630-5500	4605-7823/5960 4686-6660 4687-0494 (directora 4687-1672)
CESAC 7 CESAC 29	2 de abril y Montiel (barrio Piedarbuena) Av. Dellepiane y Gral. Paz		4602-5161 4601-7973
Hospital General de Agudos “Dr. J.M. Ramos Mejía” Servicio de Obstetricia	General Urquiza 609	4931-1884/6702 / 4932-8858	4127-0387 4864-1446

Nombre de la institución	Domicilio	Teléfono general	Teléfono del servicio / CESAC
CESAC 11	San Luis 3237		
Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández”	Cerviño 3356	4808-2600 / 11 / 12 / 35 / 50 / 17 / 4801-0932	
Servicio de Ginecología			4808 2631
CESAC 21	Calle 5 y 8- Villa Retiro/ Nuevo centro: Av. Antártida Argentina y Calle 4 (ex-galpón Fza. Aérea)		4315 4414
U.S 26	Malabia 964		4772 1694
CESAC 25	Pje. EEUU del Brasil y Antártida Argentina		4312 7793
CESAC 17	El Salvador 4037		4862 9460
Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero”	Av. Varela 1301	4631-8100/6704/1486	
Servicio de Obstetricia			
CESAC 6	M. Acosta y Av. Roca		4918-4879
CESAC 13	Directorio 4210		4671-5693
CESAC 14	H. Casco 4446		4602-6527
CESAC 18	Battle y Ordoñez 5080 (y Miralla)		4638-7226
CESAC 19	Camilo Torres 2081 y Somelliera		4633-3884
CESAC 20	Perito Moreno y Av. Cruz Manzana 7		4919 2144
CESAC “Illia” N°31	Ana María Janner y Agustín de Vedia Manzana 5		4919 9670
CESAC 24	M. Acosta y Castañares (B° R. Carrillo)		4637 2002
Hospital General de Agudos “Dalmasio Vélez Sarsfield”	Calderón de la Barca 1550	4639-8700 al 8705	
Servicio de Ginecología			
Área Programática		4568-1742	
Hospital General de Agudos “Dr. Abel Zubizarreta”	Nueva York 3952	4501-6773/5555/5985/2604	
Área Programática			INT 126
Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”	Av. Monroe 3555	4542-9906/7686/4543-2199	
Servicio de Obstetricia			4542-7289
Servicio de Ginecología para Adolescentes			4542-0115
CESAC 2	Terrada 3850		4572-9520/6798
CESAC 12	Olazabal 3960		4543-2494

Nombre de la institución	Domicilio	Teléfono general	Teléfono del servicio / CESAC
CESAC 27	Tronador 4134		4541-6001
Hospital General de Agudos “Dr. José M. Penna”	Pedro Chutro 3380	4911-7222/3571	4911 5555/ 3030 int. 255
Servicio de Tocoginecología			
CESAC 1	California 3059		4302 0059
CESAC 8			4302-3825
CESAC 10	A. Alcorta 1402		4304-2002/ hospital int 289
CESAC 16	California 2346		4302-3803
CESAC 30	Amancio Alcorta 3100 (e Iguazú)		4912-2620
CESAC 32	Charrua 2900		4919-7106
Hospital General de Agudos “Enrique Tornú”	Donato Alvarez 3002	4521-7947	
Servicio de Ginecología		4521-3600 int.129	
Hospital “Bernardino Rivadavia”	Av. Las Heras 2670	4809-2000/2001/2002	
Servicio de Ginecología			4809-2128

Procesamiento de la información: Carmen Hernáez

Colaboración: Victoria Moretti

Diseño y diagramación: Liebre de Marzo

Impresión: Imprenta Kurz



Defensoría del Pueblo
de la Ciudad de Buenos Aires

Venezuela 842
1095AAR) Buenos Aires - Argenti
411) 4338-4900 Int. 7513 - 751
e-mail: dmaffia@defensoria.org.ar
www.defensoria.org.ar



CEDES

Centro de Estudios de Estado y Soc

Sánchez de Bustamante 27
101173) Buenos Aires - Argentina
(5411) 4865-1707/04/12
cedes@cedes.org
www.cedes.org