



Monitoreo Social del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Provincia de Santa Fe

Informe Final

Octubre del 2006

Equipo de trabajo
Mabel Busaniche
Fernanda Pagura
Susana Moncalvillo
Gloria Schuster

INDICE

I. Introducción

II. Contexto Provincial

III. Objetivos y Actividades realizadas

IV. Análisis de las decisiones metodológicas en el marco del Monitoreo

V. Análisis de los datos

VI. Primeras recomendaciones

I. INTRODUCCION

El presente informe es el resultado del proceso realizado en la Provincia de Santa Fe en el marco del monitoreo social impulsado por el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS) y llevado adelante por las Ongs: Asociación Civil Palabras, Indeso – Mujer (Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer), Insgenar (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo); y el Programa de Género, Sociedad y Universidad de la UNL (Universidad Nacional del Litoral).

La experiencia de monitoreo hizo foco en un aspecto que ha sido considerado prioritario en la implementación del “Programa de Procreación Responsable” en la Provincia: **la real accesibilidad a los Métodos Anticonceptivos (MAC)**. Entendiendo por esto, la variedad de los MAC que se dispone, su distribución, escasez/discontinuidad, las edades de las usuarias, la gratuidad, la seguridad y confianza por parte de las usuarias y la información que reciben. Además se tuvo en cuenta la necesidad de considerar dentro de los mismos, la anticoncepción de emergencia (que en el caso de la Municipalidad de Rosario se encuentra incorporada) y la anticoncepción quirúrgica, cuya aplicación se ha sumado al Programa de Procreación Responsable Provincial, desde el 2005.

La delimitación de los aspectos a monitorear fueron el resultado de un proceso amplio entre diferentes organizaciones de mujeres y personas vinculadas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos que tuvo como hito importante un encuentro provincial el día 25 de junio de 2005, en la ciudad de Rosario (Ver Anexo 1).

A partir de los avances de dicha jornada se comenzó con el diagrama y la puesta en marcha del proyecto de monitoreo. El primer desafío consistió en darle forma a los ejes acordados previamente en el taller de 2005, y delimitar las estrategias a seguir, no solo, en la instancia de ejecución de las encuestas sino y muy especialmente en la etapa de difusión de los alcances de la misma. Como así también, animar la incorporación de otras organizaciones capaces de asumir la propuesta.

Un acuerdo unánime ha sido la necesidad de **fortalecer la articulación entre organizaciones y personas; porque es desde este lugar que entendemos posible un monitoreo social que nos empodere como movimiento**. La incorporación del Programa de Género de la UNL ha significado un fortalecimiento a la propuesta que venimos realizando y un apoyo importantísimo para los alcances de la misma (Ver Anexo 2).

A continuación, hacemos una aproximación al contexto provincial del “Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable” y, a partir de los objetivos expuestos y las actividades realizadas, nos detenemos a profundizar posibilidades y limitaciones de la metodología utilizada. Posteriormente analizamos los resultados encontrados y esbozamos algunas recomendaciones.

II. CONTEXTO PROVINCIAL

La Provincia de Santa Fe cuenta a partir del año 2001 con la Ley 11.888 que crea el “Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable”, con Decreto Reglamentario N° 2.442/2002.

El Programa prevé la creación de un Consejo Asesor -especialmente destinado a realizar un asesoramiento en la implementación del mismo- conformado por diferentes instancias: universitarias, colegios profesionales y organizaciones no gubernamentales que tienen recorrido en el tema. Debemos tener en cuenta que en la conformación original de este Consejo Asesor, se convoca a dos representantes de la Iglesia Católica (uno por el arzobispado de Santa Fe y otro por Rosario), situación que fue firmemente rechazada especialmente por las organizaciones de mujeres¹.

¹ Esto cambia a través del Decreto 3009/2002 que modifica el Decreto 2442/2002.

Las presiones de los grupos conservadores vinculados a la Iglesia Católica y la falta de decisión política hicieron que el Programa pasara inadvertido durante sus primeros años. Situación no sorprendente en una provincia que supo sancionar en el año 1993, la Ley Provincial 10.947 de Educación Sexual en las escuelas, que nunca implementó de manera sistemática y sostenida, más allá de la buena voluntad de algunos docentes y directivos.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, eje del monitoreo 2006, la accesibilidad a los mismos se produjo -en los primeros años de la implementación de la ley- con muchos inconvenientes, como por ejemplo, una distribución desigual o ausente en muchos Centros de Salud, reventa de los mismos, como también depósitos clandestinos de pastillas anticonceptivas y profilácticos, entre otros.

La puesta en marcha del Programa Nacional da un impulso al Programa Provincial que comienza a interesarse y comprometerse con los derechos sexuales y reproductivos de sus ciudadanas/os. Tal el caso del Ministro de Salud Silvestre Begnis, en cuya gestión no casualmente se sancionó la **Ley de Anticoncepción Quirúrgica**² y se convoca periódicamente a reuniones del Consejo Asesor.

Actualmente, en el marco del suministro nacional, la distribución de los MAC comenzó a regularizarse y sostenerse de manera amplia, pero esta nueva situación, se va instalando no sin resistencias.

En la ciudad de Rosario, existe un contexto diferente ya que la Ordenanza Municipal³ que crea el “Programa de Procreación Responsable” ha contado con un apoyo gubernamental sostenido y ampliado. Incorporando también el suministro gratuito de la Anticoncepción de Emergencia⁴ constituyendo una de las pocas ciudades latinoamericanas que han reglamentado al respecto.

III. OBJETIVO GENERAL y ACTIVIDADES REALIZADAS

OBJETIVO GENERAL.

Realizar un control ciudadano participativo sobre la implementación del Programa Nacional / Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en las ciudades de Rosario, Santa Fe y zona de la costa santafesina.

En esta primera etapa, el objetivo será **monitorear la accesibilidad de los MAC** en la provincia de Santa Fe, desde la mirada de los/as usuarios/as que estén bajo Programa y efectores de salud que estén dentro del Programa.

Para la consecución de este objetivo general, se planificaron las siguientes actividades:

1. Gestión de un convenio de trabajo conjunto entre las ONGs participantes y UNL.
2. Diseño del cuestionario para llevar adelante la encuesta sobre la ejecución del Programa Nacional/Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable.
3. Diseño de la muestra conjuntamente con el equipo técnico estadístico del Observatorio Social de la UNL.
4. Capacitación de las/los encuestadoras que llevaron adelante la aplicación de las encuestas en Rosario, Santa Fe y zona de la costa santafesina, sobre “Derechos Sexuales y Reproductivos” y “Monitoreo social”.

² Ley 12.323 (10 de noviembre de 2003) que posibilita a los efectores públicos de salud, el acceso a métodos denominados ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía. Esta norma establece que los métodos autorizados en la misma forman parte del Programa de Procreación Responsable, en consecuencia se integran a los objetivos, orientaciones y a las previsiones allí contempladas (Art.7).

³ Ordenanza N° 117063/01 de 06/12/2001.

⁴ Ordenanza N° 117063/01 de 06/12/2001.

5. Promoción de instancias de reunión con el Ministerio de Salud de la Provincia, el coordinador del “Programa de Procreación Responsable” y el Consejo Asesor del mismo.

6. Hacer público los datos recolectados y analizados, a través de los medios de comunicación en las distintas zonas en la que se recogieron dichos datos.

7. Dar difusión a través de presentaciones públicas a las conclusiones de esta etapa del monitoreo en Santa Fe, particularmente con los efectores de salud, funcionarios vinculados al Programa, legisladoras/es y miembros de organizaciones no gubernamentales comprometidos con la temática.

A continuación se detalla qué y cómo llevamos adelante cada una de las actividades planificadas.

1. Gestión de convenio marco

Al comenzar el trabajo en equipo las tres ONGs y la UNL, fuimos gestionando la firma de un convenio marco que reconociera formalmente el Monitoreo de Políticas Públicas de parte de la UNL. Además de regular la actividad con la clara explicitación de los compromisos asumidos por las partes, este Acta Acuerdo, (Ver Anexo 3) habilita a la realización de nuevos convenios entre la UNL y las ONGs, lo cual deja allanado el camino para continuar con las tareas de monitoreo para los años subsiguientes. Si bien el Acta tiene una duración de 6 meses, en el caso de planificar una segunda etapa, funciona como antecedente inmediato para facilitar los posteriores acuerdos de colaboración.

2. Diseño y aplicación de la ENCUESTA

Para la puesta en marcha de las encuestas se realizaron distintas reuniones entre las organizaciones que impulsan esta propuesta, con el objetivo de delimitar a grandes rasgos: qué aspectos, a quiénes y de qué manera llevarlas adelante. En un segundo momento se realizaron reuniones sistemáticas con la coordinadora del “Programa de Género, Sociedad y Universidad” con el objetivo de acordar y precisar con el Observatorio Social / Extensión Universitaria de la UNL, el diseño muestral y la metodología de relevamiento en campo.

Acuerdos tomados e implementados con relación a las **ENCUESTAS**:

- Se abordaron dos universos de estudio:
1- USUARIAS DEL PROGRAMA y
2- EFECTORES-AGENTES DE SALUD.
Asimismo se realizaron las “encuestas breves” o “lista de chequeo” elaboradas por el CoNDeRS.
- Se decidió aplicar dos cuestionarios diferentes⁵ el primero es el cuestionario que ofreció CoNDeRS que le llamamos “encuestas breves” o “lista de chequeo”; el segundo cuestionario lo arma el equipo conformado por las 4 instituciones. Para este cuestionario, se tuvieron en cuenta modelos de otras provincias que llevaron adelante el monitoreo social en el marco del CoNDeRS, especialmente la experiencia de Córdoba. Después de mucho borrador, se consensuó un cuestionario para efectores y otro para usuarias. (Ver Anexo 4). Se tuvo especial cuidado para reiterar ciertas preguntas, a nuestro entender, claves en los cuestionarios para los dos universos.

⁵ Vale aclarar que por **encuesta** entendemos una técnica de recolección de datos que entre sus características encontramos la posibilidad de cuantificar los datos recolectados, permitiendo encontrar regularidades en grandes poblaciones. Cuando hablamos de **cuestionario** referimos al instrumento de la encuesta, es decir al formulario con las preguntas estandarizadas y en su gran mayoría, cerradas en opciones posibles.

- Debido a que el tiempo, los recursos económicos y las personas con que contábamos eran escasos, se decidió realizar un primer gran recorte territorial a partir de las posibilidades. Así tomamos tres grandes sectores de la Pcia de Santa Fe aplicándose el cuestionario en Centros de Salud y Hospitales:
 1. San Javier, Helvecia y colonias de la zona de la costa
 2. Gran Rosario y ciudades vecinas (Granadero Baigorria y Villa Constitución)
 3. Las ciudades de Santa Fe y Santo Tomé
- En relación a la aplicación de la encuesta, se realizaron conjuntamente en las tres zonas durante el 20 de junio y el 7 de julio. Las que habían quedado como remanentes sin aplicar, se fueron haciendo, aproximadamente, hasta el 20 de agosto. Para la aplicación, se hizo una conferencia de prensa en la ciudad de Santa Fe, donde se anunció la firma del Acta Acuerdo y también la salida de los/as voluntarios/as a la calle. También se publicó en diarios locales de la Ciudad de Rosario (Ver Anexo 7). En la semana previa a la llegada de los/as voluntarios/as, nos contactamos con los Centros de Salud y Hospitales seleccionados, en algunos casos telefónicamente, en otros personalmente, dejándoles una nota de presentación del Proyecto de Monitoreo.

3. Diseño de la MUESTRA

- El Observatorio Social de Extensión Universitaria de la UNL realizó el diseño muestral y metodológico del relevamiento de campo (para ampliar ver Anexo N° 5: Diseño Muestral y Metodológico de Relevamiento de Campo). Se realizó una muestra probabilística que posibilita generalizar estadísticamente, conociendo el margen de error con el que se opera.
- Como los efectores los encontramos en los Centros de Salud, se tomó como unidad de análisis cada uno de los centros de salud y hospitales que están bajo el “Programa de Procreación Responsable” en las tres zonas mencionadas. Como no disponíamos de un listado de todas las mujeres que están bajo Programa, se calculó una muestra a partir de los datos del último censo. En cada centro seleccionado se aplicaron tanto la “encuesta breve” como los cuestionarios a efectores y usuarias. La siguiente tabla sintetiza los Centros de Salud seleccionados y la cantidad de unidades de análisis seleccionadas para cada zona.

	Centros seleccionados	Total de mujeres a encuestar
Grupo 1 La Costa	Hospital de Base de Referencia de Helvecia y San Javier; Centros de Salud: San Joaquín, Saladero Cabal, Colonia La Criolla, Colonia Francesa.	111
Santa Fe La Capital	Hospital de Niños “Dr. Alassia”; Hospital Sayago; Hospital Iturraspe; Hospital Samco, Santo Tomé; Centro de Salud: Candiotti, Altos de Nogueras; Altos del Valle; Capilla San José; Las Delicias; Las Flores, Guadalupe Central	351

Grupo 2 Rosario	Hospitales Provinciales; Hospital Provincial del Centenario; Hospital Eva Perón (ciudad de Granadero Baigorria); Hospital Villa Constitución; Centros Comunitario: N°.2 Fonavi Super Cemento; N°. 27 Ramón Carrillo; N°.5 Barrio Pedro Fiorina; N° 9 San Franciquito; N° 17 Caritas Guadalupe; y Barrio 7 de Septiembre. Sistema Municipal de Salud de la ciudad de Rosario: Hospitales: Alberdi; Carrasco; Emergencias Dr. Clemente Álvarez; Centros de Salud: Juana Azurduy; El Gaucho; Dr. Roque Coulin; Las Flores; Pocho Lepratti; Vecinal San Francisco Solano; 20 de Junio; Las Flores Este.	631
	TOTAL	1093

Cabe señalar que respecto a los lugares encuestados, se planteó la necesidad de realizar un cambio que permitiera sólo tomar la ciudad de Rosario, a diferencia de lo planteado por el Observatorio Social que se circunscribía al departamento Rosario, cuya extensión hacía imposible cubrir las distancias entre localidades con el escaso presupuesto disponible.

Otra modificación que tuvimos que incorporar es la inclusión de los Centros de Salud y Hospitales Municipales, que dan una amplia cobertura a usuarias de la ciudad. A sugerencia de la UNL se deberían tomar 50% de cada sector, tanto Municipal como Provincial. Esta modificación posterior se debió a que en el listado oficial de los Centros de Salud bajo programa que maneja el Ministerio de Salud de esta Pcia., no se incluyen los centros que dependen de la jurisdicción municipal. Debido a que la ciudad de Rosario cuenta con políticas de Salud Sexual y Reproductiva propias del Municipio, supusimos necesario seleccionar casos de esa jurisdicción para evaluar diferencias y similitudes con las políticas provinciales.

4. Capacitación de los/as VOLUNTARIOS/AS

Llamamos “Voluntarios/as” a las mujeres y varones que colaboraron en la aplicación de la encuesta a lo largo del territorio.

La selección los/as voluntarios/as dependió de los recursos humanos con los que se contaba en cada una de las ciudades elegidas. En consecuencia, para la ciudad de Rosario y ciudades vecinas: las encuestadoras fueron MUJERES de las organizaciones sociales que trabajan en la línea de los derechos sexuales y reproductivos.

- **En el Grupo I**, en la zona de la costa, realizaron las encuestas: mujeres integrantes de la “Asociación Grupo Comunitario de Mujeres de la Costa” de la ciudad de San Javier. Y, en La Capital, si bien, también se hizo con mujeres pertenecientes a organizaciones que vienen trabajando la problemática, se convocó a estudiantes de la UNL de distintas carreras que estuvieran cursando “Metodología de la Investigación”, en el marco del Programa de Voluntariado con que cuenta la Universidad. A través del mismo, se convoca a alumnos/as a tareas de extensión, sin renta, pero sí, con un reconocimiento académico.
- **En el Grupo II**, mujeres de distintas organizaciones de la ciudad de Rosario, integrantes de MAR (Mujeres Autoconvocadas de Rosario) y organizaciones con inserción en barrios y vinculadas a los derechos humanos (MEDH movimiento ecuménico de derechos humanos),

La capacitación de las/os encuestadoras/os es una tarea de relevancia, puesto que son los que ponen en acción el cuestionario al estar cara a cara con las mujeres y efectores de salud. Si falla este punto se pone en serios riesgos la confiabilidad de los datos por diversas razones: si falla el compromiso asumido por el encuestador y “dibuja” los datos de cada cuestionario que luego devuelve; si hubiera problemas con alguna pregunta y comienzan a explicarla con sus palabras, posiblemente las respuestas también se “disparen” para diferentes sentidos; si la o el

encuestador/a desconoce totalmente la temática sobre la que se indaga y no puede ayudar al encuestado/a en el caso de opciones que puedan asumir diferentes nombres y confunde a quien responde (por ejemplo, “ligadura tubaria” /“ligadura de trompas”).

De allí que en la preparación previa de los voluntarios/as, se los capacitó en los siguientes ejes: 1) Importancia del Monitoreo Social: sus alcances e importancia; 2) Estudio del “Programa de SR y PR”; 3) Simulacro con las encuestas; 4) Entrega de los sobres con las encuestas, las indicaciones correspondientes y la distribución de lugar, horario y referente de cada Centro (Ver Adjunto 6).

En relación a la capacitación de los/as voluntarios/as en los **Grupos 1 y 2:**

- En Santa Fe, el 9 de junio se realizó en Santa Fe, una Jornada de Capacitación para 68 voluntarios/as de la UNL que fueron las/os encargadas/os de encuestar a las “usuarias y efectores” de los centros de salud y hospitales, seleccionados por el Observatorio Social.
- En la ciudad de San Javier, el 14 de junio, se llevó a cabo la capacitación con las integrantes de la Asociación Grupo Comunitario de Mujeres de la Costa. Cabe señalar que dicha Asociación fue la responsable de encuestar en los Dptos. San Javier y Garay y colonias de la zona de la costa.
- Capacitación e implementación de las encuestas en Rosario: el 17 de junio se realizó una Jornada de Capacitación con mujeres pertenecientes a distintas Ongs de la ciudad, quienes fueron las encargadas de encuestar a las “usuarias y efectores” de los centros de salud y hospitales.

5. Generar instancias de diálogo con responsables gubernamentales del Programa de Procreación Responsable

Se realizó una reunión con el responsable del Programa de Procreación Responsable, Dr. Horacio de la Torre y las organizaciones que llevan adelante el monitoreo. La misma se llevó a cabo en la ciudad capital, el día 6 de junio y su objetivo fue informar sobre la realización de las encuestas y la necesidad de tener una comunicación fluida con el Consejo Asesor del Programa -una vez finalizado el monitoreo- para que los datos signifiquen un aporte en la implementación del programa desde las necesidades de las mujeres.

Los límites del Ministerio de Salud Provincial con respecto al “Programa de Procreación Responsable” se manifiestan en la lentitud e invisibilización de la presencia de este Programa en la Provincia. Sin embargo, la posibilidad de diálogo que se ha ido construyendo y las alianzas que tenemos con integrantes del Consejo Asesor, nos permiten tener mayor acceso y posibilidades para avanzar con algunos de los aspectos monitoreados.

6. Lanzamiento público del Monitoreo Social

El día 6 de junio en la ciudad de Santa Fe se realizó una Conferencia de Prensa para informar a la población los alcances del Monitoreo Social promovido por el CoNDeRS. La misma contó con la presencia de los principales medios de comunicación (radio, TV, prensa) de la localidad.

En esta oportunidad las Ongs responsables firmaron el Acta Acuerdo con la UNL.

También se logró la inclusión de un artículo sobre la realización del monitoreo en el diario Rosario 12, suplemento de Página 12, que se distribuye en toda la provincia (Ver Anexo 7: versión electrónica).

La difusión de los datos analizados es uno de los puntos que queda por desarrollar en este tiempo que continua.

7. Presentación pública de los resultados del Monitoreo

El Informe Final se presentará en la ciudad de Santa Fe y en la ciudad de Rosario. Tenemos reuniones acordadas para el mes de diciembre con la Ministra de Salud y el responsable del Programa, donde entregaremos los avances de los resultados del monitoreo.

Con el objetivo de profundizar los alcances y metodología del monitoreo social se ha comenzado a planificar una jornada de presentación y discusión en el ámbito académico. Nuestra intención es diseñar diversas estrategias de reuniones y comunicación con organizaciones de la sociedad civil y partidos políticos para que los resultados del monitoreo los incorporen en las acciones de seguimiento de esta política pública.

IV. ANALISIS DE LAS DECISIONES METODOLÓGICAS EN EL MARCO DEL MONITOREO.

El trabajo de campo que se llevó a cabo, vinculando las herramientas de la investigación científica con la del ejercicio de ciudadanía, que constituyó el monitoreo de políticas públicas en salud sexual y reproductiva, merece no solamente una **recuperación de los resultados**, como parte de los objetivos centrales, sino también un **análisis de lo metodológico**.

Así como estamos construyendo camino en nuevas formas de ejercicio de ciudadanía, con nuevos lazos sociales, donde las organizaciones civiles tienen el protagonismo, en este andar sostenemos que es necesario también revisar los instrumentos, los modos, los “cómo” se llevan adelante las estrategias. Las formas también son contenidas y en este sentido, los instrumentos, las herramientas metodológicas y los modos de hacerlas operativas, no son neutrales. Plantea Floreal Forni⁶ que hacer conocer los puntos fuertes y débiles de un trabajo, sus encrucijadas y momentos creativos, es también un aporte a la comunidad de investigadores, puesto que la narración del desarrollo de una investigación y sus procedimientos, aporta a la confiabilidad y a la validez de los resultados al mostrar las “puntadas” desperejas, las asimetrías y agujeros de la nueva trama que constituye la construcción del nuevo conocimiento.

Para organizar la lectura de este punto, agruparemos el análisis en dos tiempos y en los cuales se incluirán sugerencias operativas y/o metodológicas-epistemológicas:

- 1. Armado del cuestionario.**
- 2. Aplicación del cuestionario.**

1. ARMADO CUESTIONARIO.

Cuestionario Mujeres Usuarias del Programa.

- A pesar que el cuestionario fue chequeado por el equipo que conformamos las 4 organizaciones participantes, en una ida y vuelta permanente, de borrador tras borrador, incluimos una categorización de la pregunta “condición laboral” que el Observatorio Social de la UNL tiene estandarizada. Luego nos dimos cuenta de la categorización sexista del trabajo que opera en las categorías, invisibilizando por completo el trabajo doméstico. Nos queda este aspecto como sugerencia para la Universidad.
- También nos faltó incluir categorías en algunas preguntas, haciendo que la opción “otros” tuviera un porcentaje muy alto de elección.
- En la pregunta sobre los obstáculos que se encuentran en el Centro de Salud, se propusieron alternativas de respuestas que no permitieron recolectar la real situación de los mismos. Metodológicamente, es una pregunta que “induce” la respuesta, perdiendo validez. Este tipo de preguntas, complejas y comprometedoras para quien responde, se sugiere hacerlas “abiertas”, y luego construir categorías posibles.
- En la pregunta 2.21, la intención originaria era indagar acerca de la situación vivida por las mujeres usuarias al momento de pedir un MAC, en relación a los estudios médicos exigidos por el/la profesional. Es decir, si se condiciona la entrega del MAC a la realización de los estudios o se resuelve de otras maneras. En la batería de preguntas, se desvirtuaron tanto la pregunta como las respuestas, de tal modo que las mujeres

⁶ FORNI, Floreal. “Estrategias de vida en hogares rurales”, en WAINERMAN, C y otra (1997). *La trastienda de la investigación*. Ed. Belgrano. Bs.As.

contestaron dando cuenta de los estudios médicos que se realizaban, los cuales no son necesariamente controles del tipo de MAC que utiliza.

- Las opciones de respuestas para cada pregunta, que se presentan como dicotómicas, no son tales: para serlo, deberían haberse presentado situaciones precisas y excluyentes entre sí, además de otras opciones posibles si las hubiera.
- Al aplicar las encuestas se pudo corroborar la excesiva extensión del cuestionario, sobre todo al reconocer que las mujeres encuestadas tenían un tiempo limitado al interior del Centro de Salud. También reconocemos que algunas baterías de preguntas, si bien apuntaban a variables diferentes, las encuestadas las percibían como que se preguntaba sobre lo mismo. Eso nos hizo revisar la claridad sobre la variable abordada en cada pregunta.

ANÁLISIS CUESTIONARIO “Encuestas breves” o “lista de chequeo”

Respecto de este cuestionario, debemos mencionar los errores metodológicos que la hace escasamente confiable a nivel de los datos.

1. Los ejes de indagación seleccionados son demasiados para tan pocas preguntas, no profundizando en ninguno.
2. Las preguntas que se presentan como dicotómicas, no son tales, puesto que las opciones que habría para ese eje, son más de dos situaciones posibles y no se ofrecen para su elección por parte de la usuaria. Esto es un error metodológico que habla de la escasa confiabilidad y validez de los datos obtenidos.
3. En las opciones propuestas para cada eje, se incluye la medición de más de una variable, lo que genera confusiones al contestar como al analizar los datos. Por ejemplo, ante la siguiente opción: “Atienden sólo de mañana, cuando voy pierdo horas de trabajo”, no queda claro a que contesta: si al horario de atención del Centro de Salud (en cuanto a flexibilidad, banda horaria, etc.) o al horario de trabajo de la mujer. Cuando una mujer toma esta opción no estamos seguras qué está contestando.

2. APLICACIÓN CUESTIONARIO.

Cuestionario Mujeres Usuarias del Programa.

- En cuanto a la aplicación, rescatamos como fundamental la capacitación previa de las/los encuestadoras/es. Que las/os voluntarias/os tanto de las ONGs, como alumnos/as de la UNL, hayan sido preparados para la aplicación de las encuestas les permitió evitar errores en la aplicación de las mismas, como ocurrió en algunos pocos casos de encuestadores/as que no participaron de las capacitaciones.
- Existieron dificultades relacionadas con el cuestionario en cuanto a su extensión que hacía difícil mantener el compromiso con la misma a lo largo de todas las preguntas. Algunas encuestadoras manifestaron que si bien en un primer momento (las encuestadas) se mostraban interesadas con la encuesta, la cantidad de preguntas y/o la formulación de las mismas, que parecía repetirse, no ayudaba a mantener ese interés. Evaluamos que nuestra intención de precisar tuvo como resultado negativo el tiempo que demandó realizarlas. En el caso de las mujeres de las organizaciones, que fueron las que llevaron adelante las entrevistas en la ciudad de **Rosario**, se necesitó flexibilizar los horarios en que se realizarían las mismas, como también incrementar la cantidad de días de asistencia a los centros. Estaba previsto realizarlas en una sola jornada, pero debido a la extensión de las encuestas, el tiempo necesario y los horarios de atención de los Centros de Salud, fue preciso, para cubrir la cantidad de encuestas requeridas por centro, volver en días subsiguientes. En el caso de la ciudad de **Santa Fe**, las vacaciones y los exámenes de los/as estudiantes fueron también un obstáculo, en orden a los tiempos previstos. En el caso de las encuestas realizadas en las colonias de la **zona de la costa**, las mujeres tuvieron que ir varias veces a los Centros de Salud dado que muchas veces no los encontraban abiertos.
- Tal como habíamos hipotetizado a los comienzos del trabajo, el escenario donde se realizaron las encuestas incidió en las respuestas. Ocurrió en varios casos que al encontrarse el/la encuestador/a fuera del Centro de Salud con la misma mujer encuestada, ésta aportaba cuestionamientos contradiciéndose con sus dichos en la encuesta. Sabemos

que el contexto condiciona y posiblemente esto también pudo haber operado en los profesionales que se encuestaron.

- En la experiencia de **Rosario** en los efectores dependientes de la Municipalidad, nos encontramos con el obstáculo que se nos pidió autorización, trámite que llevamos adelante por medio de una carta a la directora de los Programas de Salud Pública, que si bien en principio, se dio la autorización, en los hechos en la mayoría de los Centros no se nos permitió realizar las mismas dentro de los efectores, dependiendo esto de la persona que directamente estaba a cargo del Centro y su disposición personal. Contrariamente a lo esperado, en los efectores dependientes del Programa Municipal, no contamos con la apertura necesaria para que las encuestadoras pudieran realizar tranquilamente el trabajo. Esta situación nos permite inferir que el control ciudadano en espacios gubernamentales aún abiertos y participativos sigue siendo un desafío.
- Deberíamos analizar muy detenidamente las expresiones a utilizar cuando se quiere indagar sobre algún eje o temática en particular. Sabemos que las palabras son polisémicas, y también lo son los modos de posicionarse ante las distintas problemáticas vinculadas a las diferencias genéricas, como también incluye otras diferencias (socios económicos, educativos, etc.). Así, detectamos las siguientes preguntas en las que operaron diferentes sentidos desde quienes armamos el cuestionario, quienes lo ejecutaron y quienes respondieron:
 1. Los **obstáculos** que las mujeres pueden encontrar en la atención de su salud sexual y reproductiva. Nos preguntamos acerca de cómo se vinculan las representaciones sobre lo público, el ejercicio de la ciudadanía en contextos de pobreza y atravesado por las relaciones de género.
 2. Los **malos tratos** que puedan recibir las mujeres, muchos asociados a violencia de distintos tipos, sin ser leídos como tales. Nuevamente se cruzan los aspectos mencionados en el punto 1, y se le agrega la complejidad de la violencia como problemática social, también presente en las instituciones estatales, en sus distintas manifestaciones.
 3. La **capacidad de elegir**, indudablemente no puede medirse con una pregunta que contenga estas palabras. Los desarrollos de los estudios de género, como también de la ética y la política, nos dan herramientas teóricas para poder afirmar que no es un tema sencillo para su medición.

Sin ser los únicos posibles, estas temáticas exigen decisiones metodológicas diferentes que nos permitan construir datos en la complejidad y desde las voces de los actores, en este caso, las mujeres ante un tema tan sensible como es su salud sexual y reproductiva.

Proponemos pensar metodologías cualitativas que habiliten a recuperar esa complejidad que las técnicas cuantitativas no permiten, en miras a poder abordar estas temáticas desde una triangulación metodológica, con la particularidad que significa un monitoreo social. He aquí un interesante desafío que tenemos por delante las organizaciones comprometidas con estas temáticas.

V. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

El siguiente análisis de los datos recogidos constituye un primer avance, sobre el cual continuaremos trabajando puesto que las variables abordadas fueron muchas y aún está pendiente el análisis bivariado y multivariado que nos permitirá un abordaje más complejizado. Esto es parte de nuestro compromiso con la propuesta de un monitoreo social permanente.

Para facilitar la lectura del informe, decidimos organizarlo a partir de diferentes ejes abordados.

a- Con relación al conocimiento del Programa.

Teniendo en cuenta que las encuestas se realizaron sobre una población que es usuaria del Programa, es un dato relevante que sólo el 44% conoce la existencia del mismo (Gráfico 1). Porcentaje que disminuye a un 33% a la hora de abordar qué establece el mismo (Gráfico 2).

Tengamos presente que se trata de una población de mujeres que se encuentra de alguna manera en el marco del “Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable”⁷. Este dato cobra mayor relevancia si tenemos en cuenta que un 65% del personal afectado al Programa lleva entre 2 y 5 años trabajando en el mismo (Ver Anexo 4 Efectores pregunta 1.6). Nos preguntamos entonces cuál es la difusión que tiene el mismo, no ya a la población en general, sino en la población usuaria y cuál es el compromiso del personal con el Programa que se establece.

Gráfico 1

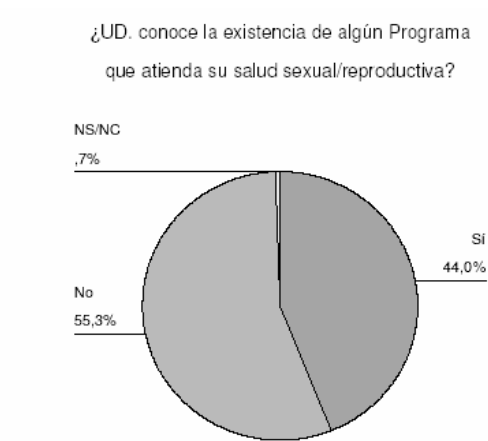


Gráfico 2

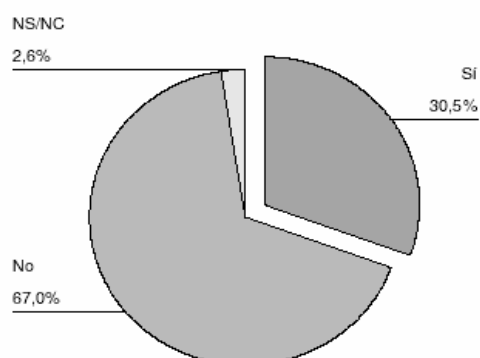


El 67% de las mujeres opina que el Programa no está lo suficientemente difundido, aspecto con el cual coincidimos (Gráfico 3). Si se tiene en cuenta que el 30% a recibido información a partir de amigas, vecinas y familiares y sólo un 45% lo obtuvo desde el efector de salud (Cuadro 4), podemos inferir que resulta urgente diagramar estrategias de difusión del Programa, no sólo a la población en general sino a las propias mujeres usuarias.

Gráfico 3

⁷ El único requisito para realizarle la encuesta fue que tenga ficha abierta en el centro (es decir que haya sido atendida al menos una vez en el año), previo a la encuesta.

¿UD. considera que el programa
está lo suficientemente difundido?



CUADRO 4

¿Cómo se enteró?

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas (%)
Por una amiga	75	16,2
Vecina	25	5,4
Pareja	2	,4
Familiar	45	9,7
Medios de comunicación	61	13,2
Información en el centro de salud	177	38,3
Algún personal de salud	35	7,6
Otros (especifique)	30	6,5
NS/NC	12	2,6
Total	462	100,0

Estos datos nos hablan de la necesidad de difusión del Programa especialmente con folletería disponible en las salas de espera y también en servicios donde existe una población de mujeres en edad reproductiva, como es en pediatría, por ejemplo. Además de pensar otras estrategias para llegar a la población que no está teniendo acceso a los Centros de Salud, pero sí la encontramos en las escuelas, en los clubes, en los barrios.

Sin embargo, es un dato significativo que un **94% de las usuarias dijeron conocer que hay entrega gratuita de métodos anticonceptivos** (Gráfico 5). Podemos hipotetizar que sigue siendo éste el aspecto más reconocido y divulgado del Programa. Nos preguntamos sobre la proyección de este enfoque. En otras palabras, si la distribución de los métodos se inscribe en un proceso de capacitación, elección, respeto y reconocimiento de los derechos de las mujeres (en este caso la provisión de MAC es un punto de inicio), o simplemente, si la entrega, aunque más sistematizada constituye el único objetivo perseguido en la implementación del Programa.

Gráfico 5



Además de la difusión en los mismos efectores del Programa, está pendiente sostener campañas de difusión masiva y periódica para el conocimiento de la población en general, especialmente en las y los jóvenes. Tanto desde los medios de comunicación como también aprovechando espacios sociales por los cuales circulan las y los adolescentes, por ejemplo clubes, escuelas, universidades y plazas. Para lo cual se puede utilizar recursos existentes como son los afiches del Programa poco conocidos por la población. A finales del año 2005, hubo una experiencia de spot radiales que si bien duraron poco tiempo, significaron un inicio de la visibilización de este Programa que hasta ahora sigue ocupando un lugar secundario dentro de las políticas públicas de salud. Vemos con preocupación que en la agenda de los funcionarios de la Provincia de Santa Fe, los derechos sexuales y reproductivos de las y los ciudadanas/os tienen un lugar periférico.

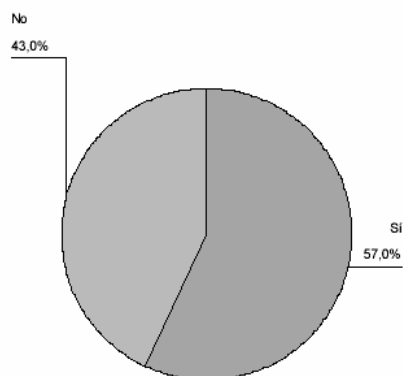
b- Con relación a la accesibilidad a los MAC

Indagar sobre la accesibilidad a los métodos anticonceptivos en el marco del “Programa de Procreación Responsable” de la Provincia ha sido el eje de nuestra objetivo de monitoreo social, por lo tanto, las encuestas profundizaron diferentes aspectos que hacen a la elección, uso, confianza, disponibilidad e indicación de los profesionales y conocimiento que disponen las mujeres usuarias.

Más de la mitad, concretamente un 57% de las mujeres encuestadas dijo concurrir a la consulta solicitando un método determinado (Gráfico 6). Al precisar cuál era ese método, se encontró que un 65,4% ya tenía definido a las pastillas anticonceptivas. En segundo lugar el dispositivo intra uterino (DIU) con un 17,5% y en tercer lugar las inyecciones mensuales con el 9% (Cuadro 7). Cuando se preguntó si finalmente pudo adoptar el método previamente elegido, un 85,5% dijo que sí (Gráfico 8).

Gráfico 6

¿UD. llegó a la consulta, solicitando un método específico?



CUADRO 7

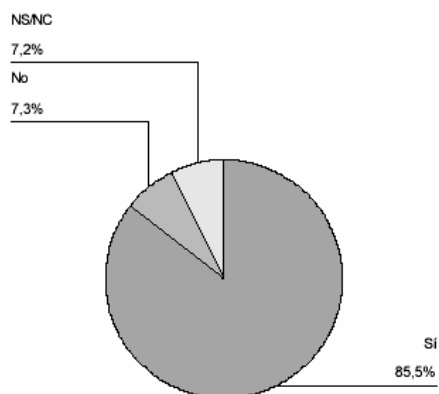
¿Cuales de los siguientes métodos solicitó?

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas ^a
Preservativos	49	8,2%
Pastillas Anticonceptivas	392	65,4%
Pastillas Anticonceptivas para Lactancia materna	22	3,7%
Inyecciones mensuales	54	9,0%
Inyecciones trimestrales	9	1,5%
DIU (Dispositivo Intra Uterino)	105	17,5%
Otros (especifique)	10	1,7%

a. Las proporciones suman más del 100%, dado que el encuestado podía elegir más de una opción

Gráfico 8

Si contestó Sí, ¿este método es el que finalmente adoptó?



Esto indica que evidentemente muchas mujeres eligen un método determinado antes de la consulta y generalmente no cambian esta elección. Nos preguntamos, si esto obedece a un respeto por parte de las/los profesionales a la decisión de las mujeres o por el contrario no existen espacios (ni en la consulta, ni en consejerías) para retrabajar la posibilidad de la existencia de información parcial, de mitos o prejuicios acerca de determinados métodos que pueden estar atravesando estas decisiones.

Finalmente el método que están utilizando en el momento de la encuesta señala que existe relación con la idea que se tenía a la hora de realizar la consulta (Cuadro 9).

CUADRO 9

¿Cuál es el método que usa?

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas ^a
Preservativos	119	11,3%
Pastillas Anticonceptivas	626	59,6%
Pastillas Anticonceptivas para Lactancia materna	46	4,4%
Inyecciones mensuales	92	8,8%
Inyecciones trimestrales	14	1,3%
DIU (Dispositivo Intra Uterino)	152	14,5%
Otros (especifique)	33	3,1%

a. Las proporciones suman más del 100%, dado que el encuestado podía elegir más de una opción

Otro: Especifique

	Nro de respuestas
Ligaduras de trompas	11
Método Billings	3
Ninguno	19

Seguridad, eficacia, comodidad, son algunos de los motivos de la elección. Sin embargo, la sugerencia del/la profesional o la disponibilidad en efectores de los MAC, también está presente en el momento de elegir. Siendo los anticonceptivos orales, el método que más se ofrece (Cuadro 10)

CUADRO 10

¿Qué tipo de MAC le ofrecieron en este Centro de Salud?^a

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas
Preservativos	428	40,8%
Pastillas Anticonceptivas	873	83,1%
Pastillas Anticonceptivas para Lactancia materna	146	13,9%
Inyecciones mensuales	359	34,2%
Inyecciones trimestrales	71	6,8%
DIU (Dispositivo Intra Uterino)	372	35,4%
Otros	42	4,0%

a. Las proporciones no suman el 100% dado que el encuestado podía elegir más de una opción

Es interesante comparar estos datos de las mujeres con aquellos que provienen de los efectores de salud. Si bien son los anticonceptivos orales los que más se ofrecen, el personal encuestado coincide que prácticamente existe disponible una amplia variedad de métodos en más del 70% de los efectores de salud (Cuadro 11).

CUADRO 11

¿Qué tipo de MAC se encuentran disponibles en este Centro de Salud?^a

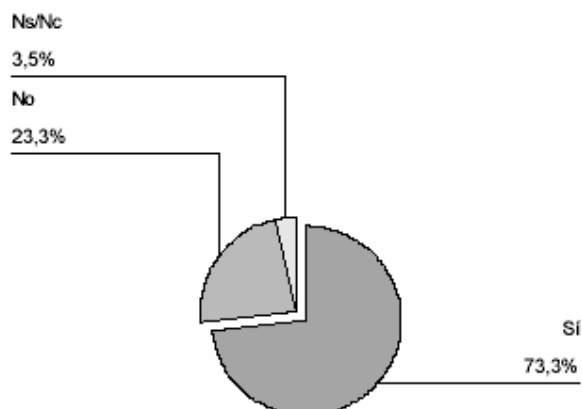
	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas
Preservativos	81	94,2%
Pastillas Anticonceptivas	84	97,7%
Pastillas Anticonceptivas para Lactancia materna	64	74,4%
Inyecciones mensuales	67	77,9%
Inyecciones trimestrales	28	32,6%
DIU (Dispositivo Intra Uterino)	54	62,8%
Otros (Especifique)	8	9,3%

a. Los porcentajes no suman el 100% porque el encuestado podía elegir más de una opción

Podríamos suponer entonces que la preferencia de las mujeres coincide con la de las/los trabajadores de salud. Nos preguntamos cuáles son los motivos de esta preferencia. Consultando sobre la capacitación brindada por parte del Programa (Gráfico 12), encontramos que un 73% dice haber recibido capacitación específica por parte de su dependencia respecto de la implementación del Programa o de algún aspecto en particular del mismo.

Gráfico 12

¿Ha recibido algún tipo de capacitación específica por parte de su dependencia respecto de la implementación del programa o de algún aspecto en particular del mismo?



Al profundizar sobre los aspectos de esta capacitación (Cuadro 13), el 82,5 % dice haber trabajado “ventajas y desventajas de los MAC”, podemos suponer entonces que la preferencia por los anticonceptivos orales se fundamenta en las ventajas que le reconocen las/los trabajadores de la salud.

CUADRO 13

¿Podría señalar en qué aspectos?^a

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas
ventajas y desventajas de los MAC	52	82,5%
derechos sexuales y reproductivos	44	69,8%
derecho de las personas a ser informados y decidir	41	65,1%
la perspectiva de género en la planificación reproductiva	40	63,5%
diversidad sexual	25	39,7%
SIDA/HIV	50	79,4%
prevención cáncer genito-mamario	48	76,2%
sexualidad y adolescencia	38	60,3%
el trabajo de consejería	38	60,3%
otros (especifique)	5	7,9%

^a Los porcentajes no suman el 100% porque el encuestado podía dar más de una respuesta

Si cruzamos estos resultados con las 50 aplicaciones de las “Encuestas breves”, las mujeres coinciden en un 60,4% que pueden elegir los MAC previa explicación; mientras un 35,8% dice que le dan los que tienen en el efector de salud. Por lo tanto, una primera lectura nos deja la idea que las mujeres en general eligen su método más o menos libremente (ver anexo 4: “Encuesta Breve”, pregunta 10).

Sin embargo, estamos convencidas que la posibilidad de elección es mucho más compleja. Múltiples atravesamientos están presente cuando las mujeres “deciden” un método, tantos familiares, culturales, religiosos, sociales, como la propia subjetividad puesta en juego en esta posibilidad de “elección”. Entendemos que desde esta complejidad es muy difícil lograr -a través de un instrumento de las características del cuestionario-, definir las elecciones de las mujeres. Preferimos entonces pensar que las mujeres van optando por tales métodos consecuencia de esta multiplicidad de factores.

Y, que es a través de un proceso más profundo como el de las consejerías (todavía pendientes en la Provincia e incipientes en la Municipalidad de Rosario) o talleres, donde se podría revisar estas opciones.

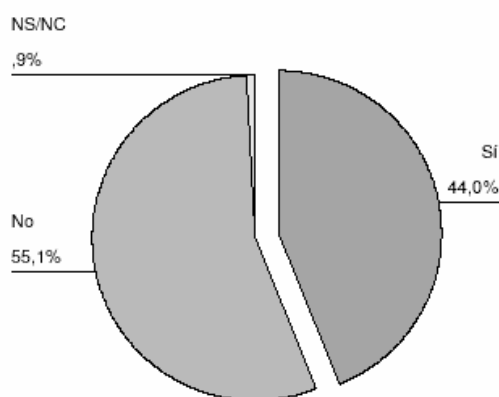
En la provincia de Santa Fe contamos también con métodos quirúrgicos, por lo tanto, ha sido nuestro objetivo indagar sobre la información y acceso que las usuarias disponen al mismo. En primer lugar, debemos decir que más de la mitad de la población usuaria no tenía información sobre esta posibilidad (Gráfico 14). Tengamos en cuenta que son mujeres vinculadas de alguna manera a los Programas (provincial o municipal).

GRAFICO 14

¿Sabe UD. que cuenta con la posibilidad gratuita de recurrir a la ligadura tubaria (ligadura de trompas) y a la vasectomía en el caso de los varones?

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas
Si	462	44,0
No	579	55,1
NS/NC	9	,9
Total	1050	100,0

¿Sabe UD. que cuenta con la posibilidad gratuita de recurrir a la ligadura tubaria y a la vasectomía (varones)?



Sabemos que la difusión se ve obstaculizada en algunos efectores por las autoridades del mismo que “cajonean” la folletería correspondiente. En el caso del Programa Provincial se cuenta con un material muy didáctico y completo sobre vasectomía y ligadura, pero lamentablemente no está lo suficientemente difundido.

Cuestiones de género atraviesan la **difusión y la elección de los métodos quirúrgicos** disponibles. Si bien existe falta de comunicación masiva, siempre se visualiza al colectivo femenino como destinatario de esta práctica, no realizándose esfuerzos en focalizar esta alternativa para los varones.

Si tenemos en cuenta que la estrategia adoptada es a demanda, es evidente que las mujeres serán quienes soliciten estas prácticas ya que socialmente es al género femenino a quien se le adjudica la responsabilidad de la anticoncepción (Gráfico 15). Así los varones que socialmente gozan de no responsabilizarse de su fecundidad, no demandarán la vasectomía, a la vez que los equipos de salud saben que los varones por razones culturales no solicitarán este método (Gráfico 16).

GRAFICO 15

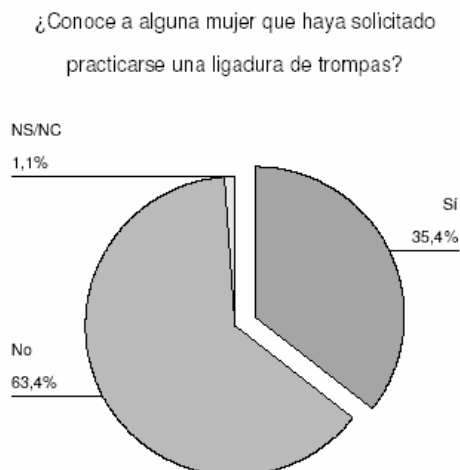
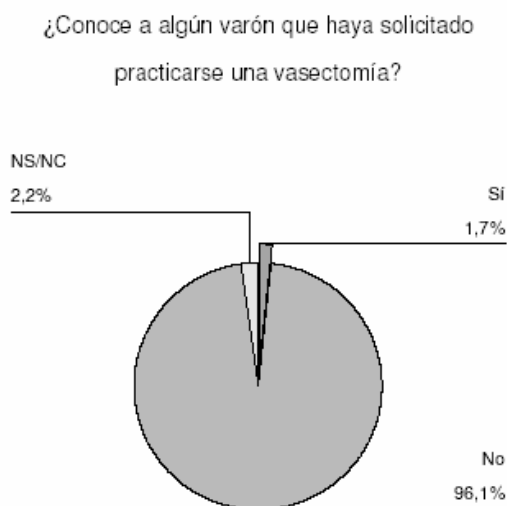


GRAFICO 16



La anticoncepción quirúrgica sigue siendo resistida aún contando con el marco jurídico necesario. Esta realidad se hace extensiva también a espacios (como los efectores del programa de la Municipalidad de Rosario) que tienen una trayectoria sostenida en materia de anticoncepción. Los obstáculos que aduce la corporación médica son los tradicionales de tipo legales. Pero sabemos que las dificultades últimas están puestas principalmente en reconocer que son las mujeres las poseedoras del derecho a decidir sobre su cuerpo y no las/los profesionales. Desde el programa provincial, se ha decidido realizar como estrategia reuniones con las autoridades correspondientes a cada hospital, a fin de asesorar y despejar dudas. Vemos importante esta instancia explicativa, pero esperamos que ésta, sea acompañada por la decisión del Ministerio de hacer cumplir la ley, garantizando la prestación en los servicios destinados.

c- Con relación al espacio o lugar donde se realiza la atención:

El espacio físico, el tiempo de demora en ser atendida, los turnos, la duración de la consulta, nos dan un contexto de la forma en que las mujeres pueden “acceder” a los métodos anticonceptivos. En el caso de la pregunta que hace referencia a la ubicación (Cuadro 17), vemos que se está pensando en grandes estructuras (hospitales) donde sí suele ser complicada la ubicación de la sala a cargo del Programa. Pero en el caso de la Pcia. de Santa Fe, la mayoría de los lugares encuestados eran Centros de Salud barriales. Las mujeres contestaban en relación a esta

dimensión: la facilidad de encontrar el Centro en el territorio barrial. Desde esta perspectiva y coherente con esta situación, un 76,8 % de mujeres consideran que es fácil encontrar el “lugar donde atienden”. Quedaría pendiente hacer un análisis de datos -Centro por Centro- para corroborar esta hipótesis que enunciamos.

CUADRO 17

En cuanto al espacio o lugar de atención

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas (%)
Es fácil encontrar el lugar donde atienden	806	76,8
Es difícil encontrar dónde ir, no hay carteles ni información	67	6,4
NS/NC	177	16,9
Total	1050	100,0

En los cuadros siguientes (Cuadro 18 y 19), a pesar de los errores metodológicos, se visualizan los problemas que generan los horarios de atención: 44,6 % de las usuarias tienen dificultades porque los horarios están ubicados sólo de mañana. En el momento de diseñar la entrada a los centros de salud, en la zona de Santa Fe ciudad, armamos una grilla para la distribución de los/as voluntarios/as. Para ello pedimos Centro por Centro los horarios de atención de los/as profesionales a cargo del Programa. Al plasmar los horarios en una grilla tomamos conciencia de la magnitud de este problema para las mujeres: los horarios de atención no superaban, en la mayoría de los casos, las 4 horas de atención semanal, concentrándose en la mañana, y en muchos Centros, atendían por orden de llegada, con topes por jornada. Esto obliga a muchas mujeres a tener que ir a la madrugada para lograr ser atendida. En el Cuadro 19, se puede leer que el 39,1 % tiene que pedir el turno con un sacrificio extra de parte de las mujeres. En el mismo cuadro, un 38,4 % comenta que puede acceder al turno por teléfono o por orden de llegada. Esto se visualiza sobre todo en los Centros barriales, no así en los grandes centros de atención como los Hospitales.

CUADRO 18

En cuanto al espacio o lugar de atención

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas (%)
Atienden sólo de mañana, cuando voy pierdo horas de trabajo	468	44,6
Tienen distintos horarios de atención durante todo el día	393	37,4
NS/NC	189	18,0
Total	1050	100,0

CUADRO 19

En cuanto al espacio o lugar de atención

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas (%)
Tengo que pedir el turno antes, a las 4 o 5 de la mañana	411	39,1
Puedo pedir turno a rato antes, o por teléfono	403	38,4
NS/NC	236	22,5
Total	1050	100,0

Una de los obstáculos que las mujeres deben superar para ser atendidas es el tiempo de espera: el 39,3 % sólo dice esperar menos de media hora; y el 39.3% denuncia que el tiempo de espera supera las dos horas (Cuadro 20).

Tanto este dato como los de los dos cuadros anteriores, estarían vinculados a la organización de la atención en cada Centro u Hospital en cuanto a: cantidad de profesionales afectados al Programa, la carga horaria que tiene por contrato ese profesional para la atención de las usuarias, el horario que realmente cumple para esta tarea, y lo que menos se evidencia pero sabemos que tienen un impronta muy fuerte, la formación de los profesionales en Salud Sexual y Reproductiva con perspectiva de género.

Nos atrevemos a sugerir una revisión de estas problemáticas, que seguramente no significarían nuevas erogaciones para el Estado Provincial, sino una racionalización de los recursos en beneficio de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de los varones de este territorio.

CUADRO 20

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas (%)
Me llamaron rápido esperé menos de media hora	411	39,1
Tardaron mucho, esperé más de dos horas	413	39,3
NS/NC	226	21,5
Total	1050	100,0

d- Con relación a las explicaciones recibidas de los MAC

Sabemos que el texto de la Ley 11.888, de “Salud Reproductiva y Procreación Responsable”, incluye el derecho a ser informado sobre estos temas.

Son significativos los datos del Cuadro 21, en el cual, un 40,3 % de las mujeres denuncia que la atención fue muy breve lo que nos permite hipotetizar que no se encuentra en la consulta un lugar para ser informada sobre las diferentes temáticas que hacen a la salud sexual y salud reproductiva. Si bien sólo un 9.6 % de las mujeres plantean que la atención fue “apurada y sin escucharla”, el 50,1 % no contestó esta pregunta. Podríamos conjeturar varias cuestiones: nuevamente un error metodológico como lo hemos planteado; pero también podríamos pensar que semejante porcentaje de no respuesta puede deberse a cierta intimidación que genera el encuestar a las mujeres dentro del Centro de Salud, al cual tiene que seguir asistiendo.

También vincularíamos este dato con el tema de los escasos horarios de atención que ofrece cada Centro de Salud.

CUADRO 21

Cuando recibe la explicación de los métodos y la escucha de sus dudas y decisiones, ¿cómo considera que es el trato que le brinda el personal de salud sobre salud sexual y reproductiva?

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas (%)
Me atendieron poco tiempo, cinco o diez minutos	423	40,3
Me atendieron apurados y sin escuchar lo que me preocupa	101	9,6
NS/NC	526	50,1
Total	1050	100,0

En el Cuadro 22, solamente un 17,2 % sostienen que las explicaciones de los/as médicos/as no se entienden, contra un 56,8 % que afirma que los profesionales hacen un esfuerzo para salirse del discurso médico en cuanto a las palabras (expresiones que utilizan con las usuarias). Aquí quedaría por indagar, si también, pueden romper con el carácter prescriptivo y normativo del discurso médico, sobre todo tratándose de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres.

CUADRO 22

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas (%)
Los/as médicos hablan con palabras difíciles, no explican bien	181	17,2
Hablan fácil y se les entiende, tratan que yo entienda lo que me pasa y como puedo resolverlo	596	56,8
NS/NC	273	26,0
Total	1050	100,0

e- Con relación a los Obstáculos encontrados en el acceso a los MAC

Antes de exponer los obstáculos que las mujeres reconocen cuando concurren al Centro de Salud para adquirir los MAC, debemos mencionar dos obstáculos que son necesarios tener en cuenta para la lectura del siguiente cuadro.

Un primer obstáculo, al cual nos hemos referido en el análisis metodológico, se refiere al contexto donde se realizaron las encuestas. Mayoritariamente se dieron en el mismo espacio del efector, esto es un condicionante muy fuerte precisamente a la hora de poder expresar dificultades y malestares. Un segundo obstáculo, se inscribe en otra dimensión, se relaciona con la posibilidad de considerarse -las mujeres usuarias- sujetas de derechos, y permitirse expresar situaciones que de hecho se presentan a la hora de ejercer su derecho a disponer de los MAC.

Ambos aspectos estuvieron presentes, de allí las dificultades de visibilizar los obstáculos en un primer momento, por parte de las mujeres. A pesar de ello, cuando se ha podido precisar algunas de las cuestiones que las mismas mujeres denuncian en otros espacios como por ejemplo, los talleres, encontramos que comienzan a asomarse una serie de dificultades. Los horarios de atención, las largas esperas, los estudios que se deben realizar en otro lugar junto con cierta discontinuidad en la provisión de los MAC, aparecen como los obstáculos más reconocidos (Cuadro 23).

CUADRO 23

En su opinión, ¿Cuáles son los obstáculos más frecuentes que tienen las mujeres que concurren al Centro de Salud para acceder y utilizar los métodos anticonceptivos?^a

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas
No hay grandes obstáculos	591	56,3%
El profesional no informa bien y se le entiende poco	113	10,8%
El profesional no da el método que se le pide	64	6,1%
Los profesionales tratan mal a las mujeres, por eso es que pocas van al Centro de Salud	56	5,3%
Existen problemas con los horarios de atención, y hay muchas horas de espera	358	34,1%
Los estudios médicos los tenemos que hacer en otra parte	300	28,6%
Hay veces que no tienen los métodos anticonceptivos en el Centro de Salud	199	19,0%
No puedo pagar el bono que cobran por los métodos anticonceptivos	48	4,6%
Otros	60	5,7%

a. Las proporciones no suman el 100% porque el encuestado podía elegir más de una opción

Otros: Especifique

Consideramos necesario profundizar sobre los aspectos que hacen a la atención en cuanto a información, trato y respeto por la autonomía de las mujeres. Precisamente porque cuando nos aproximamos a estos aspectos, aparecen otros porcentajes.

Por ejemplo, los datos que hemos presentado anteriormente, al preguntar: “me atendieron poco tiempo, cinco o diez minutos” y “me atendieron apurados y sin escuchar lo que me preocupa” un 40% dijo que la atendieron en pocos minutos, la consulta duró entre cinco y diez. Y un 9,6% dijo que la atendieron de manera apurada y sin escucharlas.

Cuando se indaga sobre el trato, en situaciones concretas por ejemplo durante la atención del embarazo o sobre el trato que reciben quienes se atienden de urgencia por pérdidas, los porcentajes oscilan entre un 13,6% que dicen haber recibido gritos y retos en el parto y un 10% que sabe se ha maltrato a las mujeres que llegan con pérdidas. Apareciendo un 42% y 76% de mujeres que optaron por “no sabe/no contesta”.

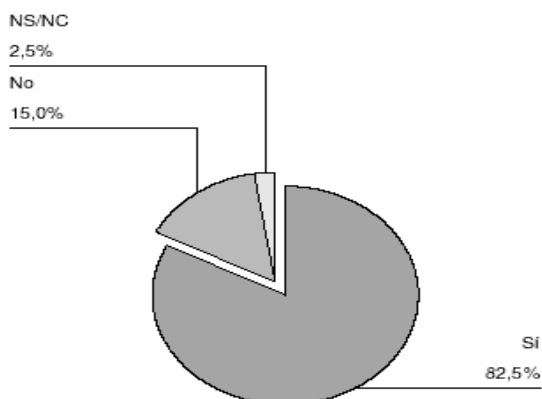
Por último, creemos importante rescatar que a pesar de que el Programa Provincial no se encuentra difundido, ni acompañado con el apoyo por parte de la gestión gubernamental que corresponde, se visualiza un mayor acceso a los MAC, situación inexistente años atrás (Cuadro 24). En los dos últimos años, aún con resistencias, el Programa Provincial ha contribuido a un mayor acceso de los MAC.

CUADRO 24

¿UD. considera que en los últimos dos años hubo un mayor acceso a los métodos anticonceptivos por parte de la población?

	Nro. de respuestas	Prop. de respuestas
Sí	866	82,5
No	158	15,0
NS/NC	26	2,5
Total	1050	100,0

¿UD. considera que en los últimos dos años hubo un mayor acceso a los MAC por parte de la población?



VI. PRIMERAS RECOMENDACIONES

Es parte de nuestro compromiso seguir profundizando y comunicando la experiencia del Monitoreo Social más allá de los plazos y modalidades de la entrega de informes. Sin embargo, a partir de lo realizado hasta el momento, creemos necesario en esta instancia, esbozar algunas primeras recomendaciones:

- Consideramos importantísimo el marco nacional que permite, no sólo proveer los MAC, sino apoyar a los Programas Provinciales. Sin este impulso sostenido, en nuestra provincia, no se hubiese podido avanzar. Por lo tanto, esperamos que este respaldo del Ministerio pueda intensificarse en todos los aspectos que hacen a los derechos sexuales y reproductivos.
- En el mismo sentido que para los Programas Provinciales, el Programa Nacional brinda un marco de legitimidad y recursos; el CoNDeRS, nos posibilita a las Ongs. un respaldo e impulso que nos permite realizar articulaciones con otras instancias por ejemplo: las académicas.
- La necesidad de contar con espacios de Consejerías y que los mismos se efectivicen en todos los Centros de Salud, es sumamente importante especialmente para jóvenes.
- Necesitamos profundizar el acceso a los adolescentes; es un avance saber que se lo atiende en la consulta sin necesidad del acompañamiento de mayores, sin embargo, sigue siendo a demanda y no existen estrategias para captar esta población.
- Entendemos que la Difusión masiva del Programa es una necesidad prioritaria. No sólo a partir de las campañas en medios masivos de comunicación sino también a partir de folletería disponible en los Centros. En cuanto a la folletería, rescatamos que la que se brinda de “ligadura y vasectomía” es muy buena, pero lamentablemente no se encuentra disponible en todos los Centros. También sería importante que se pudieran sostener en el tiempo.
- Vinculado con el acceso a los MAC, consideramos importante dar seguimiento a la Guía pos-aborto que brinda el Ministerio, logrando que cada mujer que ingresa por un aborto provocado puede ser dada de alta con la elección informada de un método anticonceptivo.
- Necesidad de instrumentar capacitación específica a efectores con respecto a la Ley y al Programa desde una perspectiva de género y enmarcada en los Derechos Humanos y el ejercicio de ciudadanía.
- Incorporar los derechos sexuales y reproductivos en los estudios de grado de las Universidades que forman a profesionales de la salud, así como a docentes.
- Tener acceso a la información sobre los recursos financieros y operativos del Programa para poder discutir presupuestos, estrategias de acción, racionalizando los recursos del Estado desde una perspectiva de género, y teniendo en cuenta las grandes diferencias socioeconómicas a lo largo del territorio de la Pcia de Santa Fe.

En cuento a lo metodológico:

- Por último, y a modo de sugerencia metodológica-epistemológica. Las herramientas cuantitativas como las encuestas nos permiten construir cuadros de situaciones, encontrar las regularidades, abordar un universo cuantioso, grandes poblaciones, y hacer inferencias estadísticas necesarias para pensar las políticas públicas y programar acciones. Pero son limitadas para indagar percepciones, representaciones y sentidos asignados por los actores de las diferentes situaciones sociales. Por ello, sostenemos que utilizar sólo

técnicas cuantitativas imposibilitaría, por sus limitaciones, profundizar en la indagación de la temática vinculadas a la salud sexual y a la salud reproductiva.

- Tener en cuenta la naturalización de las prácticas sexistas tanto en quienes arman, ejecutan el cuestionario, como en quienes responden. Esto impide dar cuenta que para quienes desnaturalizaron una práctica, se opera pensando que todos y todas hicieron el mismo proceso y no es así. Ej. las expresiones que aclaramos en análisis metodológicos.