

**SEGUNDO CONGRESO ARGENTINO DE ADMINISTRACION PUBLICA**  
**Sociedad, Gobierno y Administración Pública**  
**“ Reconstruyendo la estatalidad: Transición, instituciones y gobernabilidad ”**  
**Córdoba, 27, 28 y 29 de Noviembre de 2003**

**La política de salud sexual y reproductiva  
en la provincia de Entre Ríos**

*Virginia D'Angelo Gallino*

**Índice**

- 1- Consideraciones teóricas**
- 2- Evolución de la Situación en la Pcia. de Entre Ríos**
- 3- Los actores. Sus intereses, recursos e ideología**
- 4- El Programa de SSR en Entre Ríos**
- 5- El Poder Legislativo y su rol como co-formulador de la política de SSR**
- 6- Recomendaciones**
- 7- Entrevistados**
- 8- Bibliografía**

## **La política de salud sexual y reproductiva en la provincia de Entre Ríos (SSR)**

*...la definición de problemas es ardua, pero saber encontrar las soluciones es realmente el reto del análisis y diseño de las políticas. Eugene Bardach.*

Los esfuerzos por lograr una política de Salud Sexual y Reproductiva en Entre Ríos, tienen una historia de más de 20 años. Su reconocimiento como política pública data de abril de 2.002, año en que se lanza formalmente el Programa de SSR bajo el gobierno del Dr. Sergio Montiel (Alianza), se sanciona la Ley Pcial. 9501/02 y se articula con el Programa Nacional en febrero de 2003.

### **1 - Consideraciones teóricas**

El derecho a la salud integra el conjunto inseparable de derechos humanos y estos derechos se convierten en utopías cuando no están ligados a condiciones, sin las cuales, las mayorías, no pueden ejercerlos. Tal es el caso de los derechos a la salud reproductiva y sexual. Para hablar de estos derechos en Argentina hay que hacer referencia a un conjunto de problemas interdependientes<sup>1</sup>, que demandan ser abordados y resueltos desde una aproximación holística para evitar la segmentación. La problemática de la salud reproductiva y sexual está vinculada a temas de graves implicancias sociales como elevada mortalidad materno-infantil, enfermedades de transmisión sexual, desnutrición infantil, chicos de la calle abandonados y/o explotados. Coincidiendo con Ackoff es más sencillo resolver el conjunto de problemas que tratar de enfrentarse únicamente con el más aparente.

Las denominaciones que ha ido recibiendo esta problemática de la salud, han ido variando en su significado a medida que el concepto ha ido adquiriendo nuevas connotaciones que trascienden lo biológico y se adentran en campos disciplinares estudiados por la antropología, la sociología, la psicología, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas. De ahí que inicialmente fue planificación familiar, después salud reproductiva, para otros procreación responsable, salud sexual, etc. etc.

Los derechos sexuales y reproductivos expresan el derecho a disfrutar de una sexualidad no necesariamente procreativa, la realización plena, segura y libre de la vida sexual, decidir acerca de tener hijos, su número y oportunidad, recibir educación para decidir libremente, que la mujer no sea discriminada por tener hijos, contar con protección médica, jurídica y legal contra la violencia y los abusos sexuales, prevención y tratamiento de la infertilidad, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Argentina adhirió a la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, comprometiéndose a garantizar y promover la "salud sexual y reproductiva". A partir de ella, las mujeres pueden exigir de los gobiernos políticas públicas que atiendan el cuidado de su salud, la información adecuada y la garantía de ejercer sus derechos en igualdad y libertad. Ante la carencia de medios para ejercer sus derechos el Estado debe dar lugar a acciones tendientes a suplirla o configurará una injusta violación de sus derechos.

Según la OMS, la salud reproductiva es la ausencia de enfermedades en el proceso reproductivo en el marco de un estado de bienestar físico, mental y social. La OMS centra su concepto en dos pilares: el respeto a los derechos de la familia a decidir el número de hijos que quiere tener, cuándo y cómo, y el deber del Estado de proveerles servicios de buena calidad antes, durante y después del proceso reproductivo.

Abordar políticas de salud reproductiva es establecer pautas para garantizar la vida y no cualquier vida sino una vida con calidad, de allí la necesidad de definir y concretar el rol protagónico que el Estado debe asumir como garante de esas políticas a cuyo diseño e implementación debe comprometerse a través de acciones y prestaciones que aseguren a todas las personas el libre acceso y ejercicio de sus derechos reproductivos y sexuales. No se puede ignorar que formular políticas de esta naturaleza al igual que legislar en tal sentido, presentan en ambos casos, índices de conflictividad en la sociedad civil, toda vez que la Salud Reproductiva en general y los métodos anticonceptivos en particular, constituyen temáticas en las que se funden y confunden valores legales, científicos, morales y religiosos, así como demandas concretas originadas en necesidades reales y derechos de las personas a las que el estado debe responder<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Subirats, Joan. Análisis de políticas públicas y eficiencia de la administración, Madrid 1994.

<sup>2</sup> Marino, Juliana. Abril 2001. Texto enviado para su publicación virtual en Red Informativa de Mujeres Argentinas.

**Sintetizando, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar tanto de una vida sexual satisfactoria como de procrear. Los derechos humanos de las mujeres y varones incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad; a decidir libre y responsablemente, sin discriminación ni violencia, el número de hijos y el intervalo entre estos; y a disponer de información y medios para ello.**

Los derechos sexuales y reproductivos están profundamente relacionados con el desarrollo socioeconómico y cultural de un pueblo. De acuerdo a datos de UNICEF del año 2000, Argentina tiene un gasto en salud por habitante de \$650 por año y un PBI de \$7.978 por habitante, datos que no se correlacionan con los indicadores de mortalidad infantil (MI) y de mortalidad materna (MM) y por ende de esperanza de vida. Esta combinación coloca a nuestro País en situación postergada respecto de otros países de LA que con menos gasto por habitante y menor PBI, logran mejores resultados.

A manera de ejemplo: Argentina en 1998 tuvo una MI de 19,1 por mil nacidos vivos, Cuba 9,4 Chile 11,1; Costa Rica 12 y Uruguay 16,3

Se estima que cada año mueren en Argentina alrededor de 500 mujeres y otras 15.000 quedan afectadas en su estado de salud por causas relacionadas con embarazo, parto y puerperio. De igual forma 13.000 menores de 1 año (36 por día) fallecen anualmente. La mayoría de muertes de mujeres y niños son “reducibles” con los recursos disponibles.

Se estima que la población en edad reproductiva en la provincia de Entre Ríos es de 320.000 mujeres, de las cuales un 30%<sup>4</sup> podría llegar a estar bajo el Programa.

## **2 – Evolución de la situación en la provincia de Entre Ríos**

El primer equipo que trabajó en la Pcia. en salud reproductiva, abordó el tema desde la planificación familiar e inició sus actividades en el Hospital Materno-infantil “San Roque” de la ciudad de Paraná. Simultáneamente se desarrollaron procesos similares en el Hospital “Felipe Heras” de la ciudad de Concordia y en el Hospital “Justo José de Urquiza” de la ciudad de Concepción de Uruguay.

En 1974, cuando Lopez Rega mediante un Decreto Nacional prohibió la atención hospitalaria en planificación familiar, las actividades que se estaban realizando, debieron prestarse de manera solapada y bajo la anuencia de los directivos de los hospitales. Con la restauración de la democracia (1983), el entonces Presidente Alfonsín derogó el decreto y las consultas en los diferentes centros sanitarios se hicieron públicas y legales.

La demanda en ese período giraba en torno de la atención a grandes múltiparas de bajos recursos, en su mayoría analfabetas, con diversas patologías severas y muy baja calidad de vida, quienes acudían al hospital público para consultar acerca de formas y métodos para no tener más hijos. A esta realidad se sumaba la problemática de la automedicación con fines anticonceptivos<sup>5</sup>.

Los equipos de trabajo en el año 1987 recibieron el respaldo de la Ley de la Nación 23.179 “contra toda forma de discriminación en contra de la mujer” basada en la convención de 1983 de Naciones Unidas del mismo nombre, de la cual Argentina sería signataria desde 1985. Importantes acontecimientos<sup>6</sup> internacionales repercutieron en nuestro País y coincidentemente algunos centros comienzan a trabajar más organizadamente con un sistema de fichas de seguimiento y con los recursos que podía aportar el hospital, más los que llegaban desde programas nacionales, laboratorios medicinales, la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF) y otras organizaciones de la sociedad civil.

A la demanda original de las grandes múltiparas de muy bajos recursos se sumaron en los 90s, la de mujeres de clase media empobrecida privadas de cobertura social, el embarazo adolescente y los abortos complicados.

---

3 Estado Mundial de la infancia 2000. UNICEF

<sup>4</sup> Entrevista a Mónica Fassoni. Surge que esta estimación del 30% es un standard internacional que se ha comprobado que no se corresponde con la situación en ER, en la que puede llegar a duplicarse este porcentaje

<sup>5</sup> Entrevista con Sonia Velásquez, del área de educación para la salud de la Secretaría de Salud.

<sup>6</sup> Convención contra toda forma de discriminación en contra de la mujer de 1983.

Convención sobre los derechos del niño de 1989. (Ref. Constitucional de 1994 les otorga jerarquía const.)

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo 1994

Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer de Beijing 1995.

## **Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración**

Desde 1983 a 1993, un grupo de profesionales del Hospital San Roque de Paraná, que logró capacitarse sin contar con recursos para ello, llevó adelante una intensa campaña de educación por escuelas, villas de emergencia y centros de salud.

La demanda de atención en los servicios de planificación familiar superó ampliamente la oferta y este fenómeno promovió la desconcentración espontánea desde los consultorios de hospitales a los centros de atención primaria de la salud (APS). Grupos de médicos, auxiliares de salud y trabajadores sociales, que se hacían cargo del problema, recibían la demanda de atención e insumos en sus consultorios y la trasladaban a los directivos de sus Hospitales. Éstos prestaron cierto apoyo con los recursos que contaban porque la Secretaría de Salud se mantuvo renuente a estos requerimientos hasta el año 1995.

En el período comprendido entre 1999 y 2002 existió un Programa Pcial. de SSR en la Secretaría de Salud pero la actitud de los decisores políticos tendió a “dejar que transcurra el tiempo”, asumiendo el organismo público un papel más o menos pasivo<sup>7</sup> y en muchos casos permeable a presiones ejercidas en contra del programa<sup>8</sup>.

### **3 - Los actores. Sus intereses, recursos e ideología**

A continuación se enumeran los principales actores involucrados en la política de SSR:

1) población destinataria de la política, 2) profesionales del área de la salud de los Hospitales Públicos y de los Centros de Salud, 3) agentes de salud, 4) trabajadores sociales, 5) funcionarios de la Secretaría de Salud, 6) legisladores provinciales, 7) Asociaciones en defensa de los derechos de la mujer, 8) medios de comunicación, 9) Facultad de Trabajo Social, 10) Asociación de médicos de Atención Primaria de la Salud (médicos de dedicación exclusiva de APS), 11) Federación Argentina de Sexología (promueve la introducción en la ley de la educación sexual), 12) la Iglesia Católica y 13) el Foro de la Familia.

Analizaremos a los actores en función de sus intereses, recursos e ideología<sup>9</sup>.

<b>Intereses</b>	
Lo que los actores estatales dicen que son sus intereses.	La salud sexual y reproductiva.
Lo que los expertos definen como interés del grupo o actor social.	Instalar el derecho para que sea ejercido. “sujeto de derecho”
El interés de los grupos sub o no representados	Población hospitalaria que clama por atención a sus demandas (atención continua, educación, anticonceptivos, etc.)
<b>Recursos de los actores sociales</b>	
Capacidad de negociación	Nula
Capacidad para descifrar el contexto	Prácticamente nula.
Capacidad de representación	Se encarna en profesionales del área de salud y en organizaciones de la sociedad civil.

<sup>7</sup> Subirats, Joan . Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Madrid 1994

<sup>8</sup> ER recibió en el año 2000 la cantidad de 100.000 preservativos, que no fueron distribuidos por las fuertes presiones de la jerarquía eclesiástica.

<sup>9</sup> Acuña, Carlos y Repetto, Fabián. Proyecto sobre políticas sociales en A. Latina. BID-CEDI 31-12-2001

## Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración

Capacidad de movilización social	Nula
Capacidad de acción colectiva	El elemento cohesionador es la necesidad de contar con consultorios de planificación familiar, pero la capacidad de acción colectiva es nula fuera del ámbito hospitalario o centros de salud.
<b>Recursos del Estado</b>	
Capacidad de autoridad (posibilidad de ejercer el poder público en función de políticas fijadas e implementadas por el Estado)	PE El Secretario de Salud responde favorablemente ante las presiones y lanza el programa. PL Pcial. sanciona la Ley de SaludReproductiva. Es co-formulador, tiene protagonismo y propone vías de solución. PJ delega mediante edicto la decisión de practicar lisis tubaria en las Juntas médicas hospitalarias.
<b>Ideas – Entendimiento (Ideología)</b>	- Garantizar a todos la posibilidad ejercer derechos, de acceder y de elegir. - El derecho a la salud y a decidir sobre el propio cuerpo. - La postura contraria de sectores de la Iglesia <sup>10</sup> .

Es necesario tener en cuenta y respetar las perspectivas de algunos actores que están sustentadas en posiciones honestas y generalmente vinculadas a creencias subjetivas y/o sectoriales acerca de la concepción de vida y que tienen derecho a sostener como ciudadanos particulares o como organizaciones de la sociedad. Y es igualmente necesario un posicionamiento oficial y democrático que se traduzca en conductas de la administración estatal dirigidas a tutelar el interés público; interés que en el caso de la salud reproductiva no es otra cosa que garantizar una mejor calidad de vida para todos.

El Estado no tiene que obligar a nadie a hacer uso de las acciones y prestaciones que el sistema disponga en materia de Salud Reproductiva. Lo que el Estado debe hacer es garantizar a todos la posibilidad de acceder, de elegir y de ejercer derechos en materia de SSR.

### 4 - El Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Entre Ríos

#### *Información acerca del Programa*

Con miras a la reformulación del Programa se ha iniciado un relevamiento de acuerdo a los siguientes parámetros<sup>11</sup> y que no puede completarse porque está en proceso.

Qué hospitales y Centros de Salud están en la órbita del Programa y cuál es su localización qué localización geográfica?

Hospital/Centro de Salud	Localización por Dpto.
60 300	Falta información detallada

Cuántos profesionales están asignados al programa, cómo se conforman los equipos y cuál es su distribución por hospital / Centro de Salud?

Hospital / Centro de Salud	Cantidad	Composición del equipo
Prácticamente sin datos a la fecha de este informe		

Acerca de la atención ofrecida por los centros asistenciales del Programa: Qué cantidad de personas fueron atendidas durante el año 2002 y cuál es la estimación de la demanda potencial en los mismos años?

<sup>10</sup> ...violación del derecho de los padres a la educación de sus hijos, de la patria potestad, contra la perspectiva de género como disolvente de la persona y de los valores éticos y religiosos, se vulnera el derecho a la libertad de conciencia, se atenta contra la dignidad de la persona con la regulación artificial de la natalidad.....

<sup>11</sup> Adaptado del diseño elaborado por el equipo de investigación coordinado por la Dra. Elsa López, del Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Fac. de Ciencias Sociales, UBA sobre el Programa de Salud Reproductiva y Salud Responsable de la ciudad de BA, años 2000 y 2001.

## **Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración**

Hospital / Centro de Salud	Días y horarios	Total de días	Total de horas
	Lu ma mi ju vi		

Sólo hay información disponible en el Hospital San Roque (5.700 mujeres bajo el Programa) e información incompleta en otros centros de Paraná. Además, es difícil poder medir ciertos parámetros, porque la información se obtiene a partir de criterios que fijan los equipos locales.

Cómo se ha desarrollado la provisión de insumos?

Hospitales / Centros de Salud	Permanente	Discontinua	Nunca
60 / 300	70%	25%	5%

Qué acciones de capacitación se han llevado a cabo con los profesionales y auxiliares intervinientes en el programa?

Secretaría de Salud / Hospital / Centro de Salud	Temática	Fecha
50% (falta discriminar)	SSR	2 veces al año

### ***Evaluación ex – ante***

Este tipo de evaluación anticipada trata de elegir entre alternativas posibles para reducir el marco de incertidumbre y llegar a una mejor toma de decisiones. Si aspiramos a construir alternativas en función de sus posibilidades de implementación y de los resultados esperados, es prioritario reconocer la importancia de esta “fase” y es necesario contar con información completa y detallada

Este ejercicio de plantear las “alternativas de actuación”, no ha sido realizado en ninguno de los lugares de decisión consultados. Es necesario hacer el esfuerzo de obtener y organizar la información necesaria y de elegir la metodología y técnicas apropiadas o como sugiere Subirats una vía intermetodológica<sup>12</sup> que combine razonamientos inductivos, deductivos y analógicos.

Poder caracterizar la población objeto, demanda contar con datos precisos acerca de edad, localización, status socio-económico, educación, motivación, etc.

Cuando el proceso de la política no cumple con las fases y condiciones que describen los autores en la teoría, y es alta la incidencia de la intuición y el voluntarismo en decisores e implementadores, es necesario como mínimo realizar “conjeturas” para suplir la falta de datos fiables, actualizados y consistentes y es útil construir posibles escenarios que contemplen el carácter cambiante y complejo de las condiciones socio-económicas y culturales de la población. Otro aspecto decisivo a tener en cuenta, en la definición de alternativas, es la potencialidad del aparato administrativo profesional en las fases de implementación y evaluación.

Para un análisis prospectivo es importante contar con series temporales lineales, tanto continuas como discontinuas. En el Hospital San Roque de Paraná existe información para construir series temporales de 5 años que pueden dar cuenta de algunos fenómenos pero que no es correcto proyectarlos a otros centros.

Se puede también diseñar un modelo input-output a partir de relaciones insumo-producto que si bien no permite hacer predicciones desde el modelo, si pueden hacerse desde la teoría y puede contarse con el dato de la provisión trimestral de anticonceptivos desde el Programa de Nación.

Considerando la información relevada sobre la política de SSR y el Programa Pcial., no se pueden conformar alternativas en el sentido estricto, pero si se puede trabajar sobre ideas que dan pistas acerca de las múltiples combinaciones posibles a partir de las siguientes variables: n° de destinatarias, fondos del programa, control periódico, horas de consulta, equipos profesionales, tipos de insumos, capacitación, infraestructura, etc.

Con los insumos que recibe anualmente Entre Ríos desde el programa nacional, no se puede cubrir el 100% de la demanda como se plantea en los objetivos, de manera que es necesario analizar la posibilidad de asignar partidas en el presupuesto provincial, especiales para el Programa SSR.

Para el caso de que no pueda disponerse de estas partidas especiales, es necesario analizar la posibilidad de :

<sup>12</sup> Subirats, Joan “ análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración”. Ministerio para las Administraciones Publicas. Madrid 1994

## **Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración**

- Identificar los sectores de mayor riesgo y priorizarlos en la entrega de insumos.
- Solicitar al Programa Nacional mayor flexibilidad en el criterio de aplicación de fondos.
- Modificar los esquemas de atención y control periódico en horarios y modalidades que no impliquen ampliar la planta de personal, unificando programas de APS.

### ***Propósito del Programa<sup>13</sup>***

Garantizar a la población los medios para el ejercicio pleno del derecho humano de decidir libre y responsablemente acerca de su salud sexual y su capacidad reproductiva, protegiendo la vida desde el momento de la concepción.

### ***Objetivos Explícitos***

- Promover el auto cuidado de la salud en las mujeres de edad fértil, favoreciendo el ejercicio de una sexualidad plena y responsable, evitando el embarazo no deseado, el embarazo de riesgo, el aborto y propiciando el espacio intergenésico de 2 ó más años.
- Implementar la provisión de métodos anticonceptivos a las mujeres y parejas, garantizando la realización de los controles periódicos necesarios, previamente normatizados.
- Contribuir a las acciones de prevención, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), de HIV/SIDA, y patologías del aparato genital mamario.
- Educar para la SSR a toda la población escolar en los tres niveles de la Educación General Básica de ER.
- Desarrollar una estrategia de capacitación dirigida a los miembros del Equipo de Salud, educadores y personal de desarrollo social, para que puedan informar y asesorar en temas de sexualidad y reproducción, asegurando la atención en todos los niveles de atención del sistema de salud.

### ***Objetivos Implícitos***

- Reducir índices alarmantes de muertes maternas por complicaciones de embarazo, parto y puerperio e índices de mortalidad infantil.
- Combatir la desnutrición infantil.
- Promover la salud de los adolescentes y evitar el embarazo adolescente.
- Evitar el aborto clandestino.

### ***Metas***

- Cubrir el 30 % de la población de mujeres en edad reproductiva de la Pcia.<sup>14</sup> con acciones de prevención y promoción de la SSR a través de controles anuales y entrega de insumos trimestrales en un período de tres años.
- Conformar un equipo de 20 referentes regionales en SSR, sensibilizados con la temática, capaces de realizar durante cada semestre del año 2003, un diagnóstico situacional en lo relativo a la capacidad resolutoria de los servicios en materia de SSR.
- Sensibilizar y capacitar al 70% del recurso humano detectado por los referentes regionales en lo relativo a la SSR, durante el período comprendido entre los meses Julio a Diciembre de 2003.
- Diseñar en el término del segundo semestre del año 2003, un Programa de Educación Sexual a ejecutarse en todos los centros sanitarios de la Pcia., con énfasis en la promoción de un espacio intergenésico no menor a 2 años.
- Diseñar durante el segundo semestre del año 2003, un programa de Educación Sexual para docentes de la Pcia.

### ***Monitoreo y Evaluación***

*...toda evaluación social de proyectos, para ser tal, debe considerar tres aspectos: la realidad social en que se inscriben dichos proyectos, el marco ideológico político que los sustentan y cómo los proyectos contribuyen al*

---

<sup>13</sup> Basados en el propósito y los objetivos formulados en el Programa SSR de ER.

<sup>14</sup> Aproximadamente 320.000 mujeres.

## **Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración**

*mejoramiento de la calidad de vida y condición social de la población. Gladys Pozo de Ruiz (Representante de Ecuador) Documento UNESCO SS-82/WS/43*

La evaluación es un concepto polémico y por lo mismo dificulta su realización en la medida que no se defina desde que marco se instrumenta. La evaluación es un proceso político, “el poder también pertenece al dominio de la técnica y la evaluación produce poder a través de sus campos de fuerzas<sup>15</sup>

En el diálogo con quienes tienen a su cargo el Programa, no se percibe que consideren a la evaluación como una fase decisiva para la toma de decisiones.

### ***Indicadores***

Se está trabajando en la construcción de los siguientes indicadores con miras a la propuesta de reformulación del Programa. En todos los casos la periodicidad puede ser anual y trimestral para el caso de entrega de insumos.

#### Indicadores de eficacia

- nº de prestaciones realizadas respecto de las prestaciones proyectadas por Departamento / por hospital o por centro asistencial
- nº de pacientes que se proyectó atender / demanda potencial X 100 (por localización geográfica)
- Insumos entregados / lo que se ha previsto entregar X 100
- nº de población que no percibe ningún tipo de prestación de este programa / sobre el nº total de personas que se proyectó atender X 100  
o sobre el nº total de atendidos por el programa X 100
- nº de turnos solicitados por localización geográfica o por centro / el nº de turnos efectivamente atendidos para cada tipo de prestación X 100

#### Indicadores de eficiencia

- Costo unitario de la prestación X tipo de prestación (excluyendo los costos de gestión)
- Costo total del mejoramiento de la infraestructura asistencial / costo total del programa
- Costo total para cargos y contratos específicos para el programa sobre el costo total del programa.
- Costo por unidad asistencial abierta específicamente para el Programa / costo total de las unidades previstas.
- Monto de presupuesto ejecutado / monto proyectado (por tipo de prestación y por localización del centro asist.) X 100
- Monto ejecutado acumulado en el año / proyectado para el año X100

### ***Factores críticos en la implementación***<sup>16</sup>

- 1- El incumplimiento en los envíos a la Secretaría de Salud de las planillas de seguimiento sobre la entrega y distribución de insumos y el desconocimiento de los escollos técnico-operativos<sup>17</sup> que esto trae aparejado en los procesos de seguimiento del Programa está relacionado con la baja capacitación de los agentes de salud distribuidos en el territorio provincial y fundamentalmente con el bajo nivel de conciencia y compromiso de los decisores respecto de estos y otros problemas de implementación. Es muy irregular el desempeño de los referentes locales, estimándose que solo un

---

<sup>15</sup> Escolar, Cora y Doménech, Patricia “Los proyectos y programas sociales y la evaluación. Reflexiones en torno a una experiencia” 2002.-

<sup>16</sup> Se toma como referencia el listado de factores críticos propuestos por Guillermo Schweinheim.

<sup>17</sup> Entrevista a la Dra. Elena Loskin.

## **Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración**

30% cumple acabadamente con las tareas asignadas, otros no responden a las directivas y un tercer grupo cumple tareas pero con diferentes criterios de implementación.<sup>18</sup>

- 2- Las diferencias existentes entre los implementadores de la Secretaría de Salud y los efectores en cuanto a la interpretación de los objetivos del Programa repercuten negativamente en la programación de las distintas actividades de implementación. Estas diferentes interpretaciones tenían un canal de expresión, discusión y consenso, creado a partir del PROMIN que actualmente no existe y que ha sido reemplazado, a instancias de las autoridades de la Secretaría de Salud, por otras metodologías de capacitación e intercambio que no son reconocidas como válidas por los efectores.
- 3- El grado desigual de predisposición y compromiso de implementadores y efectores es un tema crítico y complejo porque responde a diferentes causas entre las que podemos citar: falta de capacitación, situación laboral inestable, bajas remuneraciones, heterogeneidad de formaciones, sobrecarga de tareas. Este último punto es importante ya que el Programa de SSR les implica a los efectores sumar otra tarea más a las que ya vienen realizando.
- 4- Las estimaciones del número de potenciales demandantes del Programa (% de mujeres en edad reproductiva), se realizaron en base a un porcentaje equivalente al 30% como lo indican los estándares internacionales. Hoy se está comprobando que este porcentaje no se corresponde con la realidad de Entre Ríos que estaría superando el 50%. Esta diferencia va a provocar a corto plazo faltantes de insumos y recursos que deberán ser provistos por la Pcia. si se pretende cumplir con los objetivos de Programa.
- 5- Como el proceso de implementación no cuenta con un sistema de monitoreo y control efectivo, la información que se maneja tiene un carácter muy subjetivo y no es fiable a la hora de contar con datos precisos para la toma de decisiones. En este sentido es importante el relevamiento que se está llevando a cabo en toda la provincia con corte al 30 de setiembre de 2003 porque permitirá por primera vez contar con información sobre la marcha en la implementación de Programa de SSR a las autoridades de salud, a los coordinadores y a los responsables del Programa Nacional, a instancia de los cuales se está realizando el relevamiento mencionado.

### ***Efectos de la política de SSR***

#### **Productos**

- Educación respecto de cómo cuidar el cuerpo y sobre procreación responsable.
- Reclamo en función de la conciencia de un derecho.
- El efecto de la acción de las llamadas “comadronas” (mujeres referentes en barrios, capacitadas para difundir en sus respectivos ámbitos conceptos de planificación ligados a la salud, al ejercicio de derechos, a la responsabilidad, al cuidado, etc.)

#### **Resultados alcanzados**

- Aumentó la cantidad de mujeres atendidas por el programa en los años 2001 y 2002 significativamente respecto de los años anteriores.
- Disminuyó el número de hijos en la población atendida acorde a sus demandas
- Importante avance en el respeto del espacio intergenésico en las pacientes de consulta continua. (atención y control del 1er. embarazo, curso psico - profiláctico, capacitación en la sala de puerperio, atención en el consultorio de planificación familiar)
- Avances en la prevención y control del cáncer genito-mamario.

#### **Resultados no alcanzados**

A pesar de que los resultados se miden en función de objetivos y metas, los entrevistados coinciden en que

---

<sup>18</sup> Entrevista a las responsables de la implementación del programa.

- no se logró disminuir el n° de abortos, lo que es peor, va en aumento
- no se logró disminuir el embarazo adolescente, problemática que va en aumento en relación directa con la pobreza y la vulnerabilidad.

#### Impactos

- Los hombres se acercan a recibir o solicitar anticonceptivos, cuando sus esposas no pueden hacerlo, como conducta natural y cada vez más frecuente.
- Se van perdiendo mitos sobre prácticas de salud, sobre la hegemonía médica y se incorporan otros agentes sanitarios.
- Comenzó a abrirse un espacio solo para adolescentes a nivel hospitalario.

### **5 - El Poder Legislativo y su rol como co-formulador de la política**

Una de las características centrales de la institucionalidad democrática en América Latina es el papel poco descollante que suele jugar el Poder Legislativo en la definición de ciertas políticas sociales, recayendo la responsabilidad central en el Poder Ejecutivo<sup>19</sup>. En el caso Argentino el PL Nacional y los PL Provinciales, han cumplido un rol importante en la co-formulación de políticas de salud sexual y reproductiva. A la fecha, 17 Pcias. han sancionado leyes de salud reproductiva<sup>20</sup>.

El proceso previo a la Sanción de la Ley en Entre Ríos arranca durante el período de gobierno 95-99 (2do. Gno.de Busti), cuando el Diputado del FREPASO F. Soñez (co-autor de la Ley Nacional) presenta el primer proyecto sobre salud reproductiva y procreación responsable. Este proyecto no llegó a ser tratado porque se opuso mayoritariamente el justicialismo.

En Agosto del año 2000 se aprueba en la Cámara de Senadores, el proyecto presentado por un senador de la UCR (Daniel Rosas Paz) con oposición del PJ (minoría) a excepción de un senador del PJ (Daniel Irigoyen) quien vota favorablemente. Al mismo tiempo, se presentaron en la Cámara de Diputados tres proyectos similares con autoría de distintos legisladores de la Alianza y ambas Cámaras decidieron unificar los proyectos ya que los mismos coincidían en sus aspectos centrales y no existían contradicciones. Finalmente se aprobó por mayoría en ambas Cámaras.

En el último tramo del proceso incidió favorablemente el cambio del Secretario de Salud porque logró un apoyo decidido en la voluntad del Gobernador y promovió la inmediata promulgación de la Ley 9.501/02 por la que se crea el Sistema Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual.

La participación de grupos, asociaciones, universidades y sectores de la sociedad civil fue muy amplia y plural. La Iglesia no se opuso institucionalmente, sino que la oposición fue ejercida desde los sectores más conservadores. Vale aclarar que el proceso de análisis, debate y participación activa de los diferentes actores de la comunidad entrerriana se extendió a tres años.

A continuación se incluye un cuadro sobre la Ley entrerriana que sigue las pautas del diseño que Sandra Cesilini y Norma Gherardi utilizaron en su libro<sup>21</sup> para volcar información acerca de las Leyes de SSR de otras Pcias Argentinas.

Información sobre la ley En Entre Ríos	Ley 9501 / 2002
Resolvió crear	El Sistema de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual.
Organismo /s a cargo	Secretaría de Estado de Salud de la Provincia
Prestadores de servicio	A través del Área materno-infanto juvenil: Profesionales agentes de salud, sexólogos educativos, trabajadores sociales, y todo otro/a trabajador vinculado al Sistema tanto de ámbitos formales como no formales.
Otros organismos Involucrados	Consejo Pcial. del Menor, Dirección de Integración Comunitaria (Área Mujer)

<sup>19</sup> Acuña C. y Repetto, F. “Marco de Análisis de las Políticas Sociales” Cap 2. BID-CEDI. Dic 2001.

<sup>20</sup> Los textos completos de las Leyes de salud reproductiva, pueden consultarse en [www.cnm.gov.ar](http://www.cnm.gov.ar)

<sup>21</sup> Cesilini, Sandra y otra “Los Limites de la Ley - La salud reproductiva en Argentina” Banco Mundial 2003

**Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración**

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Garantizar la gratuidad del Servicio a toda persona, en especial a hombres y mujeres en edad fértil el derecho a decidir responsablemente sobre sus pautas de reproducción, asegurando el acceso a la información procreativa en forma integral y la educación sexual en todos los ámbitos. En todos los casos se deberán respetar sus creencias y valores.</li> <li>b) Promover la reflexión conjunta entre los adolescentes y sus padres, sobre la salud sexual y reproductiva y sobre la responsabilidad con respecto a la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.</li> <li>c) Orientar e informar a la población sobre el ejercicio de la sexualidad con perspectiva de género.</li> <li>d) Evitar la práctica del aborto provocado.</li> <li>e) Prevenir la morbilidad materno infantil.</li> <li>f) Detectar, prevenir y tratar enfermedades transmisibles sexualmente y el cáncer génito mamario.</li> <li>g) Impulsar la participación del componente masculino de la pareja en el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio, la salud reproductiva y la paternidad responsable.</li> <li>h) Orientar y asistir a los dos componentes de la pareja en asuntos de infertilidad y esterilidad.</li> <li>i) Promocionar los beneficios de la lactancia materna.</li> <li>j) Favorecer períodos intergenésicos no menores a dos años.</li> </ul>
Beneficiarios	No los identifica específicamente (Hombres y mujeres en edad fértil)
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Concretar la atención primaria de la salud en hospitales y centros de salud a su cargo en el tema.</li> <li>2) Efectuar la divulgación de los temas que atañen a la sexualidad humana, prevención de enfermedades transmisibles por vía sexual, procreación responsable y atención materno infantil, a través de los medios de comunicación social.</li> <li>3) Capacitar al personal dependiente de la Secretaría de Estado de Salud con desempeño en hospitales y centros de salud bajo su dependencia a los fines de brindar asesoramiento en relación a los objetivos de esta ley.</li> <li>4) Coordinar con el Ministerio de Acción Social, el Consejo Provincial del Menor y la Dirección de Integración Comunitaria, Area Mujer, las acciones tendientes a llevar, por medio de los profesionales bajo su dependencia, a cada grupo familiar o menor vinculado a esta institución, la información o capacitación necesaria.</li> <li>5) Invitar a los municipios de la provincia a coordinar con la Secretaría de Estado de Salud programas para la implementación de esta ley e impulsar acciones para informar a la población y capacitar al personal dependiente de los centros municipales de salud.</li> <li>6) Llevar información estadística e información científica sobre aspectos relacionados con la sexualidad humana, incluyendo lo relacionado a condiciones y medio ambiente general de trabajo.</li> </ul>
Partida presupuestaria	Del Tesoro Pcial. con imputación al mismo. El PE garantizará las partidas necesarias para el cumplimiento de la presente Ley.
Fondos de Seguro Social de salud	
Monitoreo y evaluaciones	
Disposiciones Reglamentarias	Dentro de los 60 días posteriores a su promulgación.

La Ley no se ha reglamentado y es poco probable que esto ocurra en lo que resta del año 2003. No se han realizado acciones tendientes a la implementación de un “Sistema”.

Existe el Programa Pcial. de SSR, que funciona con fondos e insumos que recibe del Programa Nacional. La ley no prevé mecanismos de monitoreo y evaluación y el Programa Pcial. no arroja datos en este sentido.

## **6 - Recomendaciones para el mejoramiento de la Política y del Programa de SSR**

### **1- Coordinación**

\*Interjurisdiccional: trabajar coordinadamente entre Nación, Pcia. y Municipio, articulando los programas existentes entre los 2 primeros y sumando a los centros de salud municipales.

\*Intersectorial: avanzar en la coordinación entre las áreas de salud y educación. (Programa de educación sexual en todas las escuelas de la Pcia., capacitación en servicio de los agentes de salud<sup>22</sup>, mayor difusión por los medios masivos y toda otra forma que contribuya a la educación sexual como prevé la ley).

### **2- Integración**

Evaluar las posibilidades y potencialidades que ofrece la “red sanitaria” que existe desde la implementación del PROMIN y que actualmente no se utiliza, instalar el programa a nivel de atención primaria de la salud, utilizar el soporte informático existente que permite identificar a los beneficiarios o usuarios del sistema de salud y de los diferentes programas (referencia y contrarreferencia)<sup>23</sup>.

### **3- Reformulación**

El programa debe ser reformulado, dimensionando todos sus aspectos, asumiendo un rol articulador de salud reproductiva con otras políticas de salud, garantizando la “accesibilidad” a las prestaciones médicas desde la atención primaria de la salud y a los insumos necesarios para ello; a la vez que se brinda educación y capacitación con miras a la prevención.

## **7 - Entrevistados**

Loskin, Elena. Jefa Adjunta del Servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil “San Roque” de Paraná.

Velásquez, Sonia. Asistente Social. Responsable del área de educación para la salud de la Secretaria de Salud de la Pcia. de ER.

Fassoni, Mónica. Asistente Social. Jefa de División del Dpto. de Maternidad e Infancia dela Dirección de APS de ER.

Reggiardo, Santiago. Diputado Pcial de ER (ALIANZA)

D’Angelo, Ana. Diputada Pcial de ER (ALIANZA)

Reca, Susana, Centro de Información s/ONG (GCBA).

---

<sup>22</sup> En este punto difieren los criterios respecto de la modalidad de capacitación entre los responsables del Programa y los efectores.

<sup>23</sup> Se refiere a ubicar espacialmente a una mujer en el Centro de Salud de su barrio y relacionar las consultas en este sitio y los hospitales a través de un sistema de interconexión informático.

## **8 - Bibliografía**

Cohen, Ernesto y Franco, Rolando. “Evaluación de Proyectos Sociales” ILPES – IDES. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires 1988.

Cesilini, Sandra y Gherardi, Natalia.”Los Límites de la Ley. La Salud reproductiva en la Argentina”. Idem Editoras. 2003

Lindblom, Charles.”Todavía tratando de salir del Paso”. En La Hechura de las Políticas de Luis Aguilar Villanueva. Ed. Porrúa.México

Red Nacional por la Salud de la Mujer (Autores varios). “Hecho en Red” por la salud de la mujer. Ed. Dunken 2001

Subirats, Joan . Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Madrid 1994

Tamayo Saenz, Manuel. “El análisis de las Políticas Públicas” Cap.11 en Bañón, Rafael y Carrillo, Ernesto. “La Nueva Administración Pública”. Ed. Alianza. Madrid 1997

Weiss, Carol. “Investigación Evaluativa”. Ed. Trillas. México 1980