

Calidad de atención en salud sexual y reproductiva en establecimientos públicos de la Ciudad de Buenos Aires: evaluación de usuarias desde una perspectiva de género y derechos.

Marina Mattioli.

Cita:

Marina Mattioli (2011). *Calidad de atención en salud sexual y reproductiva en establecimientos públicos de la Ciudad de Buenos Aires: evaluación de usuarias desde una perspectiva de género y derechos*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/293>

Calidad de atención en salud sexual y reproductiva en establecimientos públicos de la Ciudad de Buenos Aires: evaluación de usuarias desde una perspectiva de género y derechos

Marina Mattioli

Referencia institucional: Socióloga, becaria CONICET/CEDES. Maestranda en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO). Docente FSOC - Cs de la Comunicación. UBACyT S025

Mail: mmattioli@cedes.org.

marumattioli@gmail.com

Resumen:

El derecho a la salud es ampliamente reconocido por Conferencias y Tratados internacionales. Equidad, acceso universal y atención de buena calidad son algunos de los principios que establecen las conferencias y tratados y deben ser garantizados por los sistemas de salud. Son enunciados en programas, planes y declaraciones, tanto por los distintos niveles de gobierno, como por organismos internacionales, organizaciones de la Sociedad Civil, fundaciones y entidades académicas.

El énfasis en la calidad de la atención radica en que la disponibilidad y el acceso no garantizan atención de buena calidad, concepto que no sólo refiere al trato interpersonal de los médicos, sino que incluye –entre otros aspectos– el trato del personal administrativo, cuestiones vinculadas a la privacidad en la consulta, a la información recibida, a los tiempos de espera y a las instalaciones.

El objetivo del trabajo fue conocer y describir la evaluación de la calidad de atención en salud y derechos sexuales y reproductivos de las usuarias de los servicios de Salud Reproductiva y Adolescencia del Hospital Argerich y de los Centros de Salud y Acción Comunitaria del Área Programática (CeSAC N° 9, CeSAC N° 15, CeSAC N° 41).

El diseño fue descriptivo. Se trabajó con fuentes primarias. El instrumento de recolección fue un cuestionario estructurado, con preguntas cerradas y abiertas, aplicado a la salida de los servicios, entre los meses de setiembre y diciembre de 2009. El instrumento fue elaborado en una investigación previa, siguiendo una metodología de consenso.

Palabras clave: Calidad de atención de salud, Salud Sexual y Reproductiva, Evaluación, Derechos, Género.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho humano. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de atención son principios aceptados y pretendidos por los sistemas de salud. Son, además, enunciados en programas, planes y declaraciones, tanto por los

distintos niveles de gobierno, como por organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, fundaciones y entidades académicas.

Entre otros tratados y documentos internacionales, la Declaración de Buenos Aires del año 2007, derivada de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo, considera que la salud es “[...] un derecho humano que debe ser garantizado para todos, y es a la vez una responsabilidad y un deber que debe ser asumido por todos: el Estado y los organismos públicos, las empresas privadas, las organizaciones de la comunidad, los ciudadanos y los organismos internacionales” (Declaración Buenos Aires 30/15, 2007:11).

El objetivo de esta investigación fue conocer y describir la evaluación de las usuarias del Área programática del Hospital Argerich sobre la calidad de atención en salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de géneros y derechos. La política de salud, y principalmente salud sexual y reproductiva, es un ejemplo de política en donde las perspectivas de derecho y género adquieren un lugar relevante. La existencia de patrones de discriminación de género, violencia, abuso o casos de violación colocan a esa política en un lugar central en lo que respecta al trato hacia las mujeres. La adopción de la perspectiva de género en su diseño y gestión conseguirá otro impacto en la vida de las mujeres.

La medición sistemática y periódica de la calidad de atención permite conocer las falencias de los servicios de salud, desde el punto de vista de los usuarios, y elaborar políticas destinadas a resolverlas. La evaluación se constituye así en un instrumento de aprendizaje y generación de evidencias, tendiendo puentes entre la investigación y las políticas públicas, en este caso, de salud.

La ponencia se divide en cuatro secciones. En la primera se presentan brevemente las nociones de derecho a la salud, la relación entre género y políticas públicas, y las definiciones de calidad y evaluación. En la segunda se describe la metodología. La tercera se dedica a la descripción de los principales resultados, y en cuarto lugar se presenta la discusión.

DERECHOS, POLÍTICAS PÚBLICAS y GÉNERO, CALIDAD Y EVALUACIÓN

En primer lugar se describen algunas nociones sobre el derecho a la salud, y posteriormente la articulación entre género y políticas públicas, conceptos de los cuales se nutre este trabajo de investigación. Luego se presentan las definiciones de calidad y evaluación.

Tanto desde el punto de vista teórico, como desde el ámbito del ejercicio, el derecho a la salud presenta cierta complejidad, dada, por un lado, por su interrelación con otros derechos, y, por otro, por la incorporación no explícita en la Constitución Nacional. Además, dada la organización federal de la Argentina las constituciones provinciales cuentan con autonomía para organizar la provisión de salud.

Esta estructura jurídica federal implica que la legislación nacional no tiene aplicación automática en las provincias, sino que requiere de la adhesión de éstas, por tanto, cada provincia aplica también su propia ley, entre otras cuestiones para la

habilitación de establecimientos de salud, categorización, certificación y matriculación de los profesionales.

La noción de la interrelación, e incluso interdependencia, que tiene con otros derechos se evidencia en numerosos documentos elaborados por organizaciones internacionales y en pactos y tratados internacionales en los cuales se menciona el derecho a la salud. Uno de esos documentos, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Ginebra, 1986), menciona que “[...] Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos” (Declaración de Ottawa, OPS 1986). Emerge así esta característica propia del derecho a la salud, que requiere para poder gozar de él la interrelación con otros derechos, y el ejercicio efectivo de ellos. En palabras de Sen “[...] la equidad en salud es inevitablemente multidimensional” (Sen, 2002:2).

En lo que respecta a la Constitución Nacional, el derecho a la salud no fue incluido de manera expresa en la Constitución redactada en 1853, ni en la versión reformada en 1994, que rige en la actualidad.

En esa última modificación se incorpora el derecho a la salud por la vía de otros derechos: en el artículo 41, que establece el derecho a “[...] un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras”; en el artículo 42, que establece que consumidores y usuarios “[...] tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos”; y, fundamentalmente, en el inciso 22 del artículo 75, en el cual se reconoce el rango constitucional de los tratados internacionales que lo que lo incorporan.¹

Al tener esos tratados jerarquía superior a las leyes, a partir de la reforma se incorpora el derecho a la salud, entre los derechos a garantizar por el Estado, aunque no sea explícitamente. Así, la Constitución Nacional garantiza el derecho a la salud, en especial a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual en el artículo 12 define el derecho a la salud como “[...] el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (PIDESC, 1966).

Por su parte, género es un concepto relacional que refiere a las características y a las oportunidades económicas, sociales y culturales atribuidas a varones y mujeres en un ámbito social particular, en un determinado momento. En esta ponencia se presenta el concepto acotado a su relación con las políticas públicas.

Las políticas públicas con perspectiva de género están indisolublemente ligadas al movimiento de mujeres y al feminismo. En ese recorrido histórico, el feminismo y el movimiento de mujeres instaron a la incorporación al Estado de ideas y propuestas de acción fundadas en sus principios, que, siguiendo a Bonder, “[...] se expresó fundamentalmente en la creación de organismos específicos, que con diverso grado de poder y legitimidad, intentaron incidir directamente en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas de modo de asegurar que la acción estatal revirtiera

discriminaciones existentes y en algunos casos promoviera las condiciones para relaciones de género equitativas” (Bonder, 1999:1). En este sentido, manifiesta que las relaciones de género no habían sido una preocupación de las ciencias dedicadas al Estado, ya que consideran al ciudadano un individuo abstracto, no sexuado “[...] aunque como ha sido demostrado por las teóricas feministas, de hecho sus atributos lo asimilan a un varón —y además de sectores privilegiados—” (Bonder, 1999:2).

La inclusión del papel de las mujeres en las políticas públicas apunta a tres aspectos: “igualdad”, “equidad” y “no discriminación” (Petracci y Mattioli, 2009:12). “Igualdad de género” significa igual tratamiento para mujeres y varones en las leyes y las políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general. “Equidad de género” significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres. Por último, “discriminación de género” se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de roles y normas socialmente construidas que impidan a una persona disfrutar plenamente de los derechos humanos. Se da cuando las relaciones entre varones y mujeres “[...] están marcadas por la existencia de jerarquías que comportan privilegios en la distribución de bienes, servicios, prestigio o poder” (Astelarra, 2004:8). Si el Estado es quien debe garantizar igualdad, debe abordar la desigualdad a través de políticas públicas que avancen en la igualación.

Las políticas públicas que históricamente encaró el Estado en la búsqueda de igualdad y equidad para evitar la discriminación de género fueron igualdad de oportunidades, acción positiva, y transversalidad (Petracci y Mattioli, 2009).

La posibilidad del reconocimiento de la equidad de género, como una dimensión fundamental de la equidad social, se sustenta en gran medida en la visibilidad y legitimidad que el movimiento de mujeres ha logrado en los últimos veinte años, en el tipo y calidad del conocimiento que se ha producido y se produce sobre las relaciones de género, así como en el debilitamiento de las resistencias que suscita este nuevo actor social, cuyas demandas cuestionan la estructura de poder y la organización de la vida cotidiana (Guzmán, 1997:2).

La perspectiva de derechos, tan central como la de género, implica la necesidad de fijar un marco conceptual para el desarrollo de políticas públicas que puedan considerarse compatibles con el ejercicio de derechos, que incorporen el principio de igualdad, de no discriminación y de responsabilidad (Pautassi, 2010).

La evaluación de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva realizada pretendió incorporar las perspectivas reseñadas.

En lo que refiere a la calidad, concepto originado en el desarrollo industrial, su incorporación a diversos ámbitos complejiza la definición por la multiplicidad de actores y dimensiones involucrados. De la misma manera que pueden distinguirse múltiples dimensiones para su análisis, pueden encontrarse múltiples definiciones, de acuerdo a los actores y a las perspectivas desde las que se enuncia. La definición de calidad en el campo de la salud es más compleja que en la industria y los servicios (Bohigas Santasusagna, 2003).

Una de las primeras definiciones es la de Deming, pionero de la calidad en el campo de la industria, que señala que proveer buena calidad significa hacer lo correcto en la manera correcta (USAID, 1997). Para ese autor, la calidad como meta podía alcanzarse a partir de una dinámica de cambios organizacionales, consistente en la aplicación de un sistema integral de gestión estratégica a largo plazo, en el mejoramiento de la calidad de vida laboral y en la promoción de la satisfacción (calidad percibida) del cliente/usuario, en lo que denominó Calidad Total (Petracci, Ramos y Romero, 2002).

Posteriormente, Donabedian —considerado el pionero de los estudios de calidad de atención en salud— distingue tres definiciones del concepto. La primera, que depende exclusivamente de la perspectiva del prestador del servicio y denomina “absolutista”; la segunda, que surge de cada caso clínico particular, por lo que se denomina “individualista”; y una tercera, “social”, en la que el concepto es contextualizado en el marco de los valores y necesidades sociales (Donabedian, 1980). Este autor, incorpora a la calidad técnica ampliamente desarrollada las nociones de trato interpersonal y confort.

Así, señala que la calidad de la atención a la salud debe definirse “[...] como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzga son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente” (Donabedian, 1990:12).

Desde la corriente feminista, Araujo y Matalama (1995:2), señalan entender la calidad “[...] como un atributo o propiedad de la atención en salud, que satisface el conjunto de necesidades —explícitas o implícitas— que la población sana o enferma coloca para ser resueltas en la institución de salud, mediante actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. [...] Las necesidades a que responde la calidad de la atención en salud, están referidas al concepto de salud integral, esto es, incluye los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales y espirituales del bienestar”, por lo que abarcando todos estos aspectos, supera el enfoque biologicista.

Por otra parte, también es definida por diversos organismos internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad basándose en un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos para el paciente, alto grado de satisfacción de éste, y resultados finales en la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica en sus documentos que “[...] se puede afirmar que servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad son aquellos que son accesibles y donde existe una buena interacción entre el prestador de servicios y las usuarias/os; aquellos donde partiendo de las necesidades específicas de las mismas/os se les provee de conocimientos, de tratamiento, acompañamiento y de una variedad de tecnologías y métodos anticonceptivos de forma que estos respondan a las necesidades y demandas de las usuarias/os sin que ello les implique riesgos adicionales” (OPS, 2000:6).

Por último, la Carta de Derechos de los Pacientes y Proveedores de Servicios, creada por la Federación Internacional de Planificación Familiar, establece diez derechos para los clientes de planificación. Los factores que más influyen en la opinión acerca de qué constituye una atención de calidad son: disponibilidad de varios métodos diferentes y la posibilidad de elegir entre ellos, el trato respetuoso y amable, el hecho de que los servicios se brinden de forma confidencial y en privado, la capacidad profesional del personal, la posibilidad de obtener información y asesoría, horarios cómodos y espera aceptable, y la asequibilidad de los servicios (Creel, Sass y Yinger, 2002).

En lo que respecta a la evaluación de la calidad desde el ámbito institucional, se han desarrollado a lo largo de los años diversas modalidades de control de calidad en instituciones dedicadas a tal fin (Arce, 2001).

Por último, la evaluación aplicada estrictamente al contexto de una política pública puede suministrar información en lo referente a la pertinencia y consistencia del programa, la viabilidad, factibilidad y sustentabilidad de los objetivos y actividades, la relación con el contexto, la articulación y sinergia en relación con otras que contribuyen a fines similares y sobre la perspectiva de los beneficiarios acerca de los procesos y los resultados (Neirotti, 2005).

En cuánto a las evaluaciones de las políticas, cabe destacar que se puede desarrollar en las diferentes etapas, desde enfoques cualitativos o cuantitativos y considerando tanto indicadores objetivos como la percepción y evaluación de los beneficiarios.

Por lo tanto, es útil para la toma de decisiones en la gestión cotidiana ya que permite controlar la ejecución; pero también es útil para quienes tienen responsabilidades en niveles estratégicos de conducción de la política general, en la medida que proporciona información sobre actividades que orientan el diseño y planificación de políticas y también cumple un importante papel en la función de responsabilización, vinculada a la rendición de cuentas sobre la gestión, facilitando una actitud de los funcionarios inclinada al debate y al aprendizaje en el proceso de debate público (Neirotti, 2001).

Refiriéndose principalmente a temas relativos al campo de la salud, De Souza Minayo (2008:1) señala: “Cuando focalizamos un tema —cualquiera sea, pero, sobre todo, cuando nos referimos a asuntos relativos al campo de la salud—, observamos que reúne un nivel de complejidad muy grande, exigiéndonos diversas miradas para explicarlo y entenderlo: aspectos históricos (ningún fenómeno está suelto en el mundo), contextuales, dimensiones estructurales, relacionales, regularidades, singularidades y, generalmente, intervenciones de los sujetos y sus interpretaciones en la producción de la realidad. Ahora bien, en tales circunstancias, precisamos generar informaciones cuantitativas y cualitativas de diversos tipos que un abordaje metodológico único no permite contemplar”.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Conocer y describir la evaluación de la calidad de atención en salud y derechos sexuales y reproductivos de las usuarias que concurren a los servicios de Salud Reproductiva y Adolescencia del Hospital de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y a los Centros de Salud y Acción Comunitaria del Área Programática (CeSAC N° 9, CeSAC N° 15 y CeSAC N° 41).

Objetivos específicos

- a. Describir el grado de satisfacción de las usuarias con la atención recibida.
- b. Describir las opiniones de las usuarias acerca de la calidad interpersonal (trato e información), técnica (tiempos de espera) y ambiental (privacidad e instalaciones) de esos establecimientos.
- c. Describir la información recibida por las usuarias en las consultas a las que asistieron.
- d. Describir las opiniones de las usuarias acerca de la utilidad del material de comunicación en salud y derechos sexuales y reproductivos presente o recibido en esos establecimientos.
- e. Describir el perfil socioeconómico de las usuarias que concurren a estos establecimientos.
- f. Describir la historia reproductiva de las usuarias que concurren a estos establecimientos.

Hipótesis

Si bien los estudios descriptivos son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales a priori, pueden presentarse hipótesis de trabajo que juegan el papel de conjeturas sobre las características que se van a incluir de modo que la descripción sea válida (Borsotti, 2007).

Las hipótesis de trabajo que guiaron la investigación son:

H1. La calidad de atención percibida por las usuarias varía según las diferentes dimensiones (interpersonal, técnica y ambiental): las usuarias evaluarán mejor la dimensión interpersonal que la ambiental y la técnica.

H2. La calidad de atención percibida por las usuarias varía conforme a la variable independiente “nivel de atención” (hospital/centro de salud): la calidad de atención será mejor evaluada en los centros de salud —enmarcados en un paradigma de Atención Primaria de la Salud, que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y el conjunto social, extendiendo el sistema sanitario a las viviendas— que en los hospitales, donde además de ser mayor el número de usuarias y, en consecuencia, menor el tiempo de atención, es menos frecuente la realización de actividades extramuros.

H3. El perfil socioeconómico y la historia reproductiva de las usuarias que concurren al Hospital o a los CeSAC son similares, ya que conforman el Área Programática.

Metodología y técnica de relevamiento

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo.

DATOS: primarios.

MUESTRA: no probabilística casual.

Teniendo en cuenta que un posible sesgo en la distribución de la muestra puede ser dado por el día y el horario al que la usuaria asiste a la consulta (que puede estar relacionado a la situación ocupacional, a la cantidad de hijos, a la disponibilidad de medios de transporte, entre otras) las entrevistas se realizaron en los diferentes días que el establecimiento estuvo abierto. Lo mismo se aplicó al realizar las entrevistas en los diferentes momentos del día. En base al horario de atención de cada establecimiento se distribuyó la cantidad de entrevistas a realizar a lo largo de la jornada, con el propósito de evitar esos sesgos.

CRITERIO DE SELECCIÓN DE LAS ENTREVISTADAS: usuarias de los servicios de Salud Reproductiva y Adolescencia del Hospital y usuarias de los centros de salud que realizaron consultas sobre salud sexual y reproductiva que habían concurrido al menos dos veces anteriormente. Fueron excluidas aquellas que no concurrieron al establecimiento previamente y quienes concurrieron a acompañar a otra persona pero no efectuaron ninguna consulta en el/los servicio/s o centros.

TÉCNICA DE RELEVAMIENTO: encuesta “de salida”, estructurada cara a cara, formada por preguntas cerradas y abiertas. La duración promedio fue de 10 minutos.

TRABAJO DE CAMPO: 16 de septiembre al 16 de diciembre de 2009.

En lo que respecta al ámbito de estudio, el Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” contiene aproximadamente 150 mil habitantes en su zona de influencia, provenientes mayormente de los barrios La Boca, San Telmo, Barracas, Constitución y la zona sur del conurbano bonaerense.

El Hospital Argerich es un hospital escuela, de alta complejidad. Sus servicios incluyen todas las especialidades y es centro de capacitación, formación y docencia de los estudiantes que cursan la carrera de Medicina. El Área Programática comprende tres Centros de Salud y Acción Comunitaria de referencia: el CeSAC N° 9, el CeSAC N° 15 y el CeSAC N° 41.

PRINCIPALES RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos ejes. En el primero, se describen los perfiles sociodemográfico y reproductivo de las mujeres encuestadas. En el segundo, se analizan los resultados de la evaluación de las dimensiones de la calidad de atención (evaluación global, dimensión interpersonal, dimensión técnica, dimensión ambiental y educación y comunicación).

Los perfiles sociodemográfico y reproductivo de las entrevistadas de cada centro o servicio se resumen a continuación:

MUJERES ENCUESTADAS EN EL CESAC 9

Se trata mayoritariamente de mujeres de 19 a 35 años, es el único establecimiento en el cual se encuestaron mujeres mayores de 56 años (6%). Todas viven en la Ciudad de Buenos Aires, la mayoría en barrios aledaños al centro de salud. Más de la mitad es de nivel socioeconómico marginal. El nivel educativo es similar al total, tres de cada diez terminaron el primario, tres tienen secundario incompleto y dos secundario completo. Siete de cada diez son amas de casa. Atienden su salud principalmente en el sistema público. No poseen computadora, Internet, ni auto.

MUJERES ENCUESTADAS EN EL CESAC 15

Se trata mayoritariamente de mujeres de 19 a 35 años. Todas viven en la Ciudad de Buenos Aires, en barrios aledaños al establecimiento. El nivel socioeconómico es más alto que en los demás (sólo 34% marginal). También es mayor la cantidad de entrevistadas que terminaron el secundario y de entrevistadas que cursaron o cursan un nivel superior (terciario o universitario). Cuatro de cada diez son amas de casa, el resto presenta mayor variabilidad en las ocupaciones que en los demás centros o servicios. Cuatro de cada diez tienen obra social o medicina prepaga. Tres de cada diez tienen computadora e Internet.

MUJERES ENCUESTADAS EN EL CESAC 41

Más de la mitad de la muestra tienen entre 19 y 35 años, aunque es mayor que en los demás CeSACs el porcentaje de encuestadas en el rango de 36 a 45 años. Todas viven en la Ciudad de Buenos Aires, en barrios aledaños al CeSAC. Más de la mitad es de nivel socioeconómico marginal (56%). El nivel educativo es más bajo que en los demás, dos de cada diez no terminaron el primario. Seis de cada diez son amas de casa. Atienden su salud principalmente en el sistema público. No tienen auto, cuatro encuestadas tienen computadora y dos encuestadas tienen Internet en su hogar. Son las que más embarazos tuvieron y más hijos nacidos vivos.

MUJERES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA

Son adolescentes de hasta 18 años y de 19 a 25 en similares porcentajes. Diecinueve son de la Ciudad de Buenos Aires, y treinta y una del Gran Buenos Aires. El nivel socioeconómico es, comparativamente, algo mejor: cuatro de cada diez son de nivel marginal, cuatro de cada diez bajos y el resto medio y alto. Más de la mitad tienen hasta secundario incompleto, pero se encuentran cursándolo, ya que la mitad de la muestra está estudiando. Atienden su salud principalmente en el sistema público. Son las que más bienes tienen en el hogar. Es el grupo de entrevistadas que menos embarazos tuvo, en concordancia con la menor edad.

MUJERES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE SALUD REPRODUCTIVA

Se trata mayoritariamente de mujeres de 19 a 35 años. Veinte residen de la Ciudad de Buenos Aires, y treinta en el Gran Buenos Aires. Cerca de la mitad de la muestra es de nivel socioeconómico marginal, y un 30% bajo inferior. Comparativamente, más entrevistadas tienen secundario completo. La mitad de las entrevistadas es ama de casa. Nueve de cada diez atienden su salud principalmente en el sistema público. Una de cada diez tiene computadora, de las cuales la mitad tiene Internet. Los cuadros a continuación ilustran los perfiles de las usuarias entrevistadas:

Cuadro 1. Composición de la muestra

	Total muestra (n: 250) %
EDAD	
13 a 18	14,8
19 a 25	35,6
26 a 35	31,2
36 a 45	12,8
46 a 55	4,4
56 y más	1,2
LUGAR DE RESIDENCIA	
Ciudad de Buenos Aires	75,6
Gran Buenos Aires	24,4
NIVEL SOCIOECONÓMICO	
Alto 2	1,2
Medio alto	2
Medio típico	6
Bajo superior	17,6
Bajo inferior	25,6
Marginal	47,6
NIVEL EDUCATIVO DE LA ENTREVISTADA	
Primario incompleto	6,8
Primario completo	20,8
Secundario incompleto	35,6
Secundario completo	26,8
Terciario incompleto	2,8
Terciario completo	2
Universitario incompleto	4,4
Universitario completo	0,4
Postgrado	0,4
NIVEL EDUCATIVO DEL PRINCIPAL SOSTÉN DEL HOGAR	
Primario incompleto	4,8
Primario completo	25,7
Secundario incompleto	35,2
Secundario completo	28,6
Terciario incompleto	2,4
Terciario completo	1,4
Universitario incompleto	1,4
Universitario completo	0,5
OCUPACIÓN DE LA ENTREVISTADA	
Autónomos especializados -Empleados sin jerarquía	3,1
Obreros calificados	1,5
Autónomo no calificado - Personal no calificado	23,1
Ocupación informal	2,4
Pasivos - Inactivos	2,9
Desocupados	3,9
Estudiante	13,2
Ama de casa	49,9

	Total muestra (n: 250) %
Cuadro 1. Composición de la muestra (continuación)	
OCUPACIÓN DEL PRINCIPAL SOSTÉN DEL HOGAR	
Profesional independiente - Jefes intermedios	0,8
Técnicos independientes - En relación de dependencia	0,4
Comerciantes, artesanos, empleados especializados	9,6
Autónomos especializados - Empleados sin jerarquía	17,2
Obreros calificados	26,8
Autónomo no calificado - Personal no calificado	32
Ocupación informal	10
Pasivos - Inactivos	2,4
Desocupados	0,8
COBERTURA MÉDICA	
Medicina prepaga/obra social	20
Hospitales públicos	80
POSESIÓN DE BIENES EN EL HOGAR ⁱⁱ	
Computadora	17,2
Conexión a Internet desde el hogar	12
Tarjeta de débito	8
Automóvil	4,4

Cuadro 2. Historia reproductiva de las entrevistadas según centro/servicio

	TOTAL	CeSAC 9	CeSAC 15	CeSAC 41	Adol. Argerich	Salud Rep. Argerich
Embarazos						
Valor medio	2,7	2,5	2,3	3,5	1,5	2,7
Valor mínimo/máximo	1/11	1/7	1/6	1/11	1/3	1/9
Embarazos terminados en partos vaginales						
Valor medio	1,9	1,5	1,5	2,8	0,5	1,8
Valor mínimo/máximo	0/10	0/7	0/5	0/10	0/1	0/7
Embarazos terminados en cesáreas						
Valor medio	0,4	0,5	0,5	0,4	0,1	0,3
Valor mínimo/máximo	0/4	0/4	0/4	0/3	0/1	0/4
Embarazos terminados en abortos						
Valor medio	0,4	0,4	0,4	0,3	0,9	0,6
Valor mínimo/máximo	0/4	0/4	0/3	0/2	0/2	0/3
Cantidad de hijos nacidos vivos						
Valor medio	2,3	2,1	2,0	3,3	0,6	2,1
Valor mínimo/máximo	0/10	0/7	0/6	0/10	0/1	0/7
Base (Entrevistadas que estuvieron embarazadas)	(175)	(44)	(40)	(45)	(11)	(35)

Por lo descripto, los perfiles sociodemográficos de las entrevistadas son similares en los cinco servicios. Pero dentro de esa similitud hay algunas variaciones. Las entrevistadas que asisten al CeSAC 15 manifestaron tener mayores niveles educativos y socioeconómicos que las usuarias que concurren a los demás establecimientos. En cuanto al perfil reproductivo, las usuarias del CeSAC 41 tienen más hijos que las demás usuarias entrevistadas, y las usuarias del servicio de Adolescencia menos hijos, particularidad que responde a la menor edad. Por lo tanto, respecto de la hipótesis (H3) que planteaba que el perfil socioeconómico y la historia reproductiva de las usuarias que concurren al Hospital o a los CeSAC son similares ya que conforman el Área Programática, los hallazgos la corroborarían.

La evaluación de la calidad de atención, según las dimensiones –Evaluación global; Evaluación de la dimensión interpersonal de la calidad de atención; Evaluación de la dimensión técnica de la calidad de atención; Evaluación de la dimensión ambiental de la calidad de atención; y Evaluación de la dimensión educación y comunicación– se analizó considerando las variables de corte:

- Nivel de atención: hospital- CeSAC.
- Edad: Jóvenes (Hasta 25 años) - Adultas (26 años y más).
- Nivel socioeconómico: Medios/bajos - Marginal.
- Frecuencia de concurrencia en los últimos dos años al centro o servicio: Esporádicas (Hasta 4 veces en los últimos dos años) - Frecuentes (Más de 4 veces en los últimos dos años).

La evaluación global de la calidad de atención es positiva en todos los servicios/centros. El 95% de las entrevistadas se considera muy satisfecha (51%) o satisfecha (44%) con la atención recibida en general en las últimas consultas. El 96% de las entrevistadas recomendaría el servicio o CeSAC a otra persona.

Las principales razones por las cuales las usuarias recomendarían el servicio/CeSAC son: el buen trato que reciben de parte del equipo de salud (calidez, información, amabilidad); la disponibilidad de insumos y la rapidez en la atención y la organización en la entrega de turnos. Las razones por las cuales no recomendarían son la demora en la entrega de turnos; los prolongados tiempos de espera y el mal el trato del personal administrativo.

Si bien es cierto que el trato del equipo de salud es evaluado positivamente, cabe destacar que también se lo menciona como un aspecto negativo que motivaría la no recomendación del servicio. El indicador es tan importante para evaluar la calidad de la atención, que la presencia de un acontecimiento adverso, aún en una trayectoria de situaciones de buen trato, va en desmedro de la evaluación global positiva.

En este sentido, podría estar incidiendo el hecho de que al tratarse de una encuesta de salida, las entrevistadas asocian la evaluación global al resultado inmediatamente anterior —aunque se señale al momento de encuestar que piensen en las últimas consultas—. Por tanto, si la consulta con el profesional fue buena, la usuaria logró resolver el problema, fue informada y recibió métodos anticonceptivos, la evaluación global de la calidad de atención será buena aunque en el proceso hayan pasado por momentos desagradables (tiempos de espera prolongados, instalaciones en malas condiciones de limpieza, mal trato del personal administrativo, entre otras). Por

consiguiente, aquellas usuarias que tuvieron una mala experiencia en la consulta (aunque son menos), cuando tienen que evaluar globalmente, brindan una mala evaluación de la calidad de atención.

Otra situación que puede estar asociada a la buena evaluación global está basada en el componente comparativo y normativo de conceptos tales como equidad, necesidades, y también calidad. Así, la ausencia de parámetros para realizar la comparación —sean establecimientos privados o de otra Área Programática— en las trayectorias de las usuarias, podría incidir en la buena evaluación de los establecimientos a los que asisten. Ejemplo de esta noción son los comentarios vertidos por algunas usuarias del conurbano que enfatizaban, al evaluar positivamente al Hospital Argerich, los aspectos que no encontraban en los hospitales de sus localidades.

Considerando las dimensiones de la calidad de atención, la mejor evaluada es la dimensión interpersonal. Le siguen la dimensión ambiental, la dimensión de educación y comunicación recibida y la dimensión técnica. Por tanto, respecto de la hipótesis (H1) según la cual la calidad de atención percibida por las usuarias varía según las diferentes dimensiones (interpersonal, técnica y ambiental), siendo mejor evaluada la dimensión interpersonal, los hallazgos la corroboran.

Estos hallazgos coinciden con la bibliografía, en la mayoría de los estudios la dimensión interpersonal es la mejor evaluada. No obstante, la dimensión interpersonal no es evaluada homogéneamente: los indicadores referidos al trato del personal administrativo reflejan peor evaluación que los indicadores referidos al trato de los equipos de salud y los indicadores de claridad e información recibida en las consultas. En todas las situaciones, la categoría “siempre” sólo es respondida por poco más de la mitad de la muestra: la tratan con respeto (66%), tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas (62%), le dan información sobre los trámites a realizar (60%), y la saludan al llegar (51%).

En el caso de la salud sexual y reproductiva, la evaluación del trato de los profesionales no se basaría en posturas antagónicas, sobre las cuales las usuarias evalúen la amabilidad del profesional frente al maltrato, sino que también implica cuestiones referidas al grado de involucramiento de los profesionales con respecto a las trayectorias sexuales y reproductivas de las usuarias. Es decir, que la evaluación excede las nociones del trato amable y la cortesía, y se trataría también de que las cuestiones vinculadas a la sexualidad, tanto en provisión como en información, se ven facilitadas por los profesionales. Aunque estos aspectos pueden aplicarse a cualquier área o especialidad, en salud sexual y reproductiva genera una suerte de complicidad, que favorece el establecimiento de relaciones de confianza entre profesionales y usuarias, que se reflejan en la continuidad de uso de los MAC por parte de las usuarias y en la periodicidad de los controles ginecológicos, los cuales redundan en mejor salud para las mujeres.

También, puede argumentarse que se trata de médicas mujeres, y otras profesionales del equipo de salud mayoritariamente mujeres, que son vistas por las usuarias como amigas que permiten hablar sobre cuestiones de sexualidad y reproducción.

Así, de acuerdo a los comentarios de las usuarias, la dimensión interpersonal presenta dos caras. Las profesionales del equipo de salud comprometidas, que informan y entregan MAC, pero además aconsejan y permiten establecer lazos de confianza. Y, enfrente, las empleadas administrativas que mantienen la actitud opuesta: las retan, no brindan información, les gritan y las tratan mal. Es indudable la relevancia que tiene la dimensión interpersonal por el poder simbólico de la profesión médica; poder que se representa tanto desde el punto de vista de quien recibe la atención como desde el punto de vista médico cuando considera la representación de la calidad de la atención basada en su vocación de servicio. En este sentido, puede pensarse que la competencia técnica de los médicos no es discutida por las usuarias (en parte por ese poder simbólico, en parte por ser más compleja); mientras que las usuarias sí consideran que pueden evaluar, y evalúan, si los administrativos hacen bien o mal las cosas.

Se destacan también en la evaluación de la dimensión interpersonal algunas referencias a diferencias percibidas entre estos profesionales y otros de otras disciplinas, que son más fríos, menos amables, y retan a las usuarias; y no logran la relación afectiva o de complicidad que generan las médicas que trabajan en salud sexual y reproductiva. Podría suponerse que inciden las capacitaciones de los profesionales en derechos, género y temas afines brindadas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Considerando la evaluación de las dimensiones según nivel de atención se registran diferencias, no obstante no hay usuarias satisfechas y otras insatisfechas. Estando la mayoría satisfechas con la calidad de atención, hay algunas diferencias según los indicadores.

Para las usuarias que concurren a los CeSACs, el orden de las dimensiones de acuerdo a la mejor evaluación es dimensión interpersonal, dimensión ambiental, educación y comunicación recibida y dimensión técnica. Esto es, el mismo orden resultante para el total de la muestra. En cambio, las usuarias que concurren al Hospital evaluaron las dimensiones en el siguiente orden: dimensión ambiental, dimensión interpersonal, educación y comunicación y dimensión técnica.

Podría pensarse, entonces, que las usuarias que concurren a los CeSACs privilegian en la evaluación de la calidad de atención el trato interpersonal, principalmente con las médicas que las atienden. Este buen trato, además de la amabilidad en la consulta, se basa —como se dijo antes— en el asesoramiento o consejos que refieren recibir por parte de los profesionales; e incluso en la asistencia de los profesionales al hogar si la usuaria atraviesa algún problema, o la resolución de urgencias aún sin tener turno. La resolución de estas urgencias, en el campo de la anticoncepción, es muy importante para las entrevistadas.

Por otra parte, las usuarias que concurren al Hospital evaluaron mejor la dimensión ambiental. Los únicos indicadores en los cuales hay diferencia entre CeSACs y Hospital a favor de los segundos fueron los referidos a instalaciones, por lo cual la dimensión ambiental adquiere relevancia dentro del ranking de dimensiones para las usuarias que prefieren concurrir a ese nivel de atención.

Podría pensarse que en la elección de las usuarias por el Hospital inciden esas cuestiones estructurales, mejores comparativamente de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos. Es decir, el componente de la atención que privilegian es el más directamente vinculado al establecimiento, por considerarlo más cómodo y por resolver de manera más fácil la realización de estudios e interconsultas en el mismo lugar.

Si bien la privacidad visual (pudo desvestirse sin que nadie la vea) es mejor evaluada por las usuarias que concurren a los CeSACs, la privacidad auditiva (se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes) es mejor evaluada por las usuarias que asisten al Hospital. También evaluaron mejor la comodidad de la sala de espera, la comodidad del consultorio y la disponibilidad de ascensores las usuarias del Hospital que las usuarias de los CeSACs.

Por tanto, la estructura edilicia es la que incide en los indicadores mejor evaluados por las usuarias del hospital. Las instalaciones del hospital son más funcionales a la concentración de gente dado que hay espacio preparado para la espera en los pasillos de cada consultorio, distribuyéndose mejor la demanda. Son indicadores más estructurales, propios de modelos centrados en el gran hospital.

Los indicadores en los cuales es mayor la diferencia entre las evaluaciones positivas de las usuarias que asisten a los CeSAC y las usuarias que concurren al Hospital son aquellos más relacionados a la atención integral de la salud:

- Dos indicadores referidos al trato del equipo de salud (La tratan con respeto y Le preguntan si quiere que su pareja la acompañe a la consulta);
- Tres indicadores referidos al trato del personal administrativo (Le dan información sobre los trámites que debe realizar, Tiene posibilidad de expresar sus necesidades y quejas, y La tratan con respeto);
- Tres indicadores referidos a claridad e información recibida (Los médicos/as le preguntaron si Ud. tenía alguna duda o pregunta, Los médicos/as le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas, y Se fue de la consulta con la sensación de que había resuelto lo que necesitaba resolver).

En todos los casos, por las referencias de las mujeres, podría suponerse que la mejor evaluación de las usuarias que concurren a los CeSACs se basa en el mayor tiempo dedicado a la consulta, el conocimiento de la historia clínica y el seguimiento a lo largo de los años por parte del mismo profesional, y cierta percepción de confianza generada con los profesionales. Incluso, las usuarias de los CeSACs realizan mejor evaluación —a pesar de ser menor que la del trato del equipo de salud— del trato del personal administrativo.

En cuanto a los tiempos, si bien con las variaciones de acuerdo a si se trabaja a demanda espontánea o programada, las usuarias de los CeSACs manifestaron esperar menos desde que llegan al establecimiento hasta que entran a la consulta que las usuarias del Hospital.

También, con diferente énfasis, manifestaron haber recibido más información sobre todos los temas; lo cual refleja la existencia de múltiples espacios de diálogo

mencionados por las usuarias, además de la consulta, en los cuales tratan esos temas (talleres, charlas) con distintos profesionales.

Por tanto, respecto de la hipótesis de trabajo (H2) según la cual la calidad de atención percibida por las usuarias varía conforme a la variable independiente nivel de atención, evaluando más favorablemente las usuarias de los CeSACs por enmarcarse en el paradigma de APS, los hallazgos la corroboran.

Así, la variable nivel de atención es la que da cuenta de mayores variaciones en la evaluación; le siguen —tal como se describió en el análisis— la frecuencia de concurrencia (en 5 indicadores), el nivel socioeconómico (en 4 indicadores), y por último la edad (sólo en algunos de los temas sobre los cuales recibieron información).

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista de la evaluación, es importante que los profesionales de los equipos de salud involucrados en una evaluación puedan opinar en tanto los aspectos evaluados afectan su trabajo, teniendo una mirada diferente y otro acercamiento al fenómeno que puede contribuir al mejor entendimiento de la atención en salud sexual y reproductiva. Al finalizar la etapa de análisis de los datos se realizaron entrevistas con los efectores contactados antes del trabajo de campo, con el propósito de describir los hallazgos y dialogar sobre los resultados. Las líneas de discusión retoman ese diálogo.

Desde el punto de vista de la calidad de atención, específicamente en salud sexual y reproductiva, tal como se puede ver en la descripción de los resultados, el indicador de trato del personal administrativo es uno de los más críticos de la dimensión interpersonal en todos los establecimientos. En líneas generales, los efectores manifestaron conocer o percibir la situación por comentarios de las usuarias. Pero, señalaron las condiciones en las cuales desempeñan su trabajo (mal pago o condiciones irregulares de contratación, falta de turnos por mayor demanda de la que se puede atender con el plantel de profesionales existentes, sobrecarga de trabajo porque generalmente es una sola persona), que si bien no las entienden como justificativos de los casos de maltrato, contribuyen a interpretar las situaciones cotidianas en los establecimientos.

Estos datos surgidos en las conversaciones con los efectores pueden ser útiles para considerar en futuros estudios, el organigrama institucional, la disponibilidad de profesionales en relación a la cantidad de usuarios, la cantidad de administrativos en relación a la cantidad de usuarios, entre otros indicadores que si bien serían más objetivos —no estrictamente relacionados al enfoque de la calidad percibida por las usuarias— permitirían comprender mejor esas evaluaciones. Incluso, sería más necesaria esta información cuando se realizan comparaciones entre servicios. También aportaría el desarrollo de investigaciones que tomen la voz de los administrativos.

Sobre algunos indicadores referidos a instalaciones, el diálogo no brindó posibilidades de articular propuestas de mejora, ya que están estrechamente relacionados con las posibilidades brindadas por la infraestructura disponible.

En este sentido, tal como señalan Bronfman et al (2000:14) “[...] Las condiciones de posibilidad para la aplicación de resultados de investigación en la elaboración de políticas, depende, por tanto, de los múltiples factores que interviene en esta compleja relación, desde los macroestructurales hasta los individuales”. Si bien los equipos pueden trabajar sobre los indicadores que se relacionan con su práctica, poco es lo que pueden hacer sobre las condiciones estructurales, como las edificaciones y los insumos. La disponibilidad de edificios cómodos, que permitan el respeto de la privacidad (incluyendo la privacidad auditiva), y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en cantidad y variedad son dos aspectos de buena calidad de atención, y exceden a los equipos de salud.

Desde el punto de vista del género, un tema de reflexión general a los servicios de salud sexual y reproductiva, y no sólo en nuestro país, es la no asistencia de varones. Las ginecólogas de los establecimientos en los que se realizaron las encuestas manifestaron que el varón en general no asiste —no sólo a salud sexual y reproductiva— sino al sistema de salud. En uno de los establecimientos organizaron años atrás consultorios exclusivos para varones, que luego cerraron por falta de asistencia.

En los servicios evaluados, las usuarias manifestaron ir solas por dos situaciones: o porque su pareja estaba trabajando en ese horario y no podía tomarse ese tiempo, o porque el varón no sabe/no acepta el uso de métodos anticonceptivos. Estas dos situaciones son muy diferentes y es importante que los equipos de salud estén atentos, para poder detectar, en el segundo caso, situaciones de violencia hacia la mujer. En esos casos, es fundamental el trabajo interdisciplinario —que se realiza en los establecimientos evaluados— para poder asesorar y brindar asistencia a las mujeres que atraviesan esa situación.

Considerando el total de entrevistadas, sólo cuatro de cada diez mencionaron haber visto algún cartel, póster o folleto con información sobre violencia. Este dato lleva a hacer hincapié en la necesidad de programas más transversales, que aborden las problemáticas de género de manera integral.

Desde el punto de vista de la perspectiva de derechos, un hallazgo a comentar fue la escasa referencia a la noción de derechos de parte de las usuarias. Los efectores manifestaron que es un tema que se trabaja en los talleres y charlas, pero que perciben que las usuarias no se apropian de la noción de derechos.

Sobre este punto cabría repensar, por un lado, el desarrollo de esos talleres y la forma de plantear los contenidos. Y, por otro, cómo se desarrolla luego en la consulta, en la interacción y en la atención en general esa perspectiva de derechos, cómo se pasa de lo retórico al ejercicio. Podrían realizarse estudios basados en la observación de la consulta, o basados en la técnica de cliente encubierto, para poder dar cuenta de la inclusión de esa perspectiva de derechos en el momento concreto de la atención, y así replantear —si fuera necesario— la actuación de los

profesionales y el contenido de los talleres, acercándolo con ejemplos concretos a las modalidades de cada establecimiento.

La evaluación de las políticas públicas aporta a la toma de decisiones basada en la evidencia. En el caso de la calidad de atención, permite conocer si ese componente del derecho a la salud es ejercido por las usuarias en los centros de salud y hospitales. Ese conocimiento, sistemático y constante, aportaría a la mejora de los servicios y redundaría en mejor salud para las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva, L. 1996. La hechura de las políticas. Madrid: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Aguilar Villanueva, L. 1998. Problemas públicos y agenda de gobierno. Madrid: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Aguilar, MJ. y Ander Egg, E. 1992. Evaluación de servicios y programas sociales. Madrid: Siglo XXI. Capítulos 3 y 4.
- Araujo, MJ. y Matalama, MI. 1995. "Calidad de la atención en salud reproductiva desde una perspectiva de género", propuesta de RSMLAC.
- Arce, H. 2001. La calidad en el territorio de la salud. Buenos Aires: ITAES.
- Astelarra, J. 2004. Políticas de Género en la Unión Europea y algunos apuntes sobre América Latina. Serie Mujer y Desarrollo N° 57, Santiago de Chile: CEPAL.
- Bohigas Santasusagna, L. 2003. "Semejanzas y diferencias entre las estrategias de mejora de la calidad en la industria y la sanidad" en Aranaz, J. y Vitaller Burillo, J. 2003. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la salud.
- Bonder, G. 1999. "El Estado en la mira de los feminismos. Argumentaciones y prospectivas", Actualización del trabajo presentado en el Foro de Organizaciones No Gubernamentales de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995. Buenos Aires: CEM.
- Borsotti, C. 2007. Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores. Páginas 233 a 256.
- Bosi Magalhães, ML. 2006. "Avaliações qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização", en Bosi M Magalhães, ML. y Mercado-Martinez FJ (Organizadores). 2006. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes Editora.
- Bronfman, M.; Langer, A. y Trostle, J. 2000. De la investigación en salud a la política: la difícil traducción. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- CoNDeRS, 2008. Informe final de Monitoreo Social 2008 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires Disponible en: www.conders.org.ar/monitoreo.asp.
- CoNDeRS, 2009. Monitoreo Social sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina. Acciones de exigibilidad en Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en: www.conders.org.ar/monitoreo.asp.

- Constitución Nacional.1994. Disponible en: <http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/cuerpo1.php>.
- Creel, L., Sass, J. y Yinger, N. 2002. "Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad", Nuevas perspectivas sobre la calidad de atención. Washington: Population Council y Population Reference Bureau.
- De Souza Minayo, M.C. 2008. "Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud" en Salud colectiva [online], vol.4, n.1, pp. 5-8. ISSN 1851-8265.
- Declaración Buenos Aires 30/15. "De Alma Ata a la Declaración del Milenio". 2007. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo Derechos, Hechos y Realidades: fortaleciendo la Atención Primaria (APS) y los sistemas de salud para alcanzar los objetivos del milenio. Buenos Aires, 13 al 17 de agosto de 2007.
- Declaración de Ottawa, 1986. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.
- Donabedian A. 1980. "The definition of quality and approaches to its assessment", en Health Administration Press.
- Donabedian, A. 1990. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Perspectivas en Salud Pública, México: Instituto de Salud Pública.
- Guzmán, V. 1997. "La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas". Feminismo en transición. Transición con feminismo, Memoria del Foro Internacional sobre Ciudadanía, Género y Reforma del Estado. México: Grupo de Educación Popular con Mujeres, A. C.
- Mattioli, M. 2008. Calidad de la atención en salud y derechos sexuales y reproductivos: metodología de consenso para elaborar un instrumento de medición. Informe Final presentado a Beca Carrillo-Oñativia a nivel de Programas Sanitarios con Apoyo Institucional, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.
- Neirotti, N. 2001. "La Función de Evaluación de Programas Sociales en Chile, Brasil y Argentina", ponencia presentada en el VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina.
- Neirotti, N. 2005. "Elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación de políticas y programas sociales". Buenos Aires: IPEE/UNESCO.
- Organización Panamericana de la Salud. 2000. Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva: Interacción prestadores de servicios/usuarios(os): eje fundamental de una buena atención en salud sexual y reproductiva. Washington: OPS.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.

- Pautassi, L. (Organizadora). 2010. Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Pautassi, L. 2000. "Igualdad de Derechos y desigualdad de oportunidades: Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en América Latina", en Herrera, G. (Compiladora). 2000. Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho. Quito: FLACSO-CONAMU, Agora.
- Petracci, M. 2007. La opinión pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, 1991-2006. Tesis Doctoral. UBA. Buenos Aires.
- Petracci, M. y Mattioli, M. 2009. Opinión Pública de las mujeres residentes en la Ciudad de Buenos Aires sobre temas de políticas públicas. Abordaje cualitativo. Informe Final. Proyecto presentado a la 2º convocatoria de 2008 del Programa de Fortalecimiento a Organizaciones de la Sociedad Civil, Subsecretaría de Promoción Social - Ministerio de Desarrollo, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Petracci, M. y Ramos, S. (Compiladoras). 2006. La política pública de salud de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia. Buenos Aires: CEDES - FNUAP.
- Petracci, M.; Ramos, S. y Romero, M. 2002. "Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico uterino", Informe de investigación, PATH.
- Sen, A. 2002. "¿Por qué la equidad en salud?", en Revista Panamericana de Salud Pública, Nº 5-6, ISSN 1020-4989. Washington: OPS.
- USAID, 1997. Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos. Volumen II. Washington: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

ⁱ Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la Convención Americana sobre los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo; la Convención sobre la Prevención y la sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos" (Constitución Nacional, Art. 75, inc. 22, 1994: 16).

ⁱⁱ . El complemento a 100% corresponde a las categorías "No posee" y "Ns/Nc".