

**La gestión del proceso de comunicación
del Programa de Salud Sexual y
Reproductiva (SER) del Instituto de Obra
Médico Asistencial (IOMA) en La Plata
(2006-2017)**

Especialización en Gestión de Organizaciones de Salud

5º edición

Trabajo Final Integrador

Martino, Eliana

Año 2018

Índice:

1.	Introducción.....	pág. 4
2.	Legislación sobre derechos reproductivos y sexuales.....	pág. 8
	a) ¿Qué son los derechos reproductivos y sexuales?.....	pág. 8
	b) Panorama internacional.....	pág. 8
	c) Panorama nacional.....	pág. 10
	d) Decretos y derogaciones en Argentina.....	pág. 13
	e) Ley 418.....	pág. 14
	f) Ley 25673.....	pág. 15
	g) Ley 13066.....	pág. 18
3.	Antecedentes.....	pág. 22
4.	IOMA.....	pág. 26
	a) ¿Qué es IOMA?.....	pág. 26
	b) Regiones y delegaciones.....	pág. 28
	c) Directorio.....	pág. 29
	d) Misión, visión y valores.....	pág. 29
5.	Marco teórico.....	pág. 34
	a) Organización.....	pág. 34
	b) Comunicación.....	pág. 36
	c) Cultura.....	pág. 38
	d) Realidad, identidad, comunicación e imagen.....	pág. 43
	e) Estrategia.....	pág. 47
	f) Administración y Gestión.....	pág. 49
	g) Funciones administrativas.....	pág. 52
	h) Gestión integral por calidad.....	pág. 52
	i) Planificación familiar.....	pág. 53
	j) Métodos anticonceptivos.....	pág. 53
	k) Infecciones de transmisión sexual.....	pág. 56

l)	Embarazo adolescente.....	pág. 57
6.	Programa SER.....	pág. 58
	a) Resolución 1245/06.....	pág. 58
	b) Resolución 3418/12.....	pág. 60
	c) Resolución 3541/15.....	pág. 61
7.	Marco metodológico.....	pág. 66
	a) ¿Cómo se dio a conocer el Programa SER?.....	pág. 68
	b) Mecanismo y materiales elaborados.....	pág. 69
	c) Diseño.....	pág. 71
	d) Folletería.....	pág. 75
	e) Gacetillas.....	pág. 92
	f) Pros y contras de la informatización.....	pág. 93
	g) Impacto.....	pág. 96
8.	Conclusiones.....	pág. 99
9.	Bibliografía.....	pág. 104

1. Introducción

El título del presente trabajo se denomina “La gestión del proceso de comunicación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SER) del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) en La Plata (2006-2017)”. La temática surge debido a que quien lleva adelante esta investigación tiene un gran interés por todo lo referente a la salud sexual y reproductiva (fundamentalmente, de las mujeres) y, además, trabaja en IOMA, por lo que puede acceder más fácilmente a material vinculado al tema en cuestión. A ello se le añade que quien suscribe es Licenciada en Comunicación Social, lo cual explicaría la inclinación por conocer y analizar la gestión del proceso de comunicación.

El tema elegido está centrado en indagar acerca de los canales de comunicación empleados por IOMA para dar a conocer los avances del Programa SER a sus beneficiarias y la comunidad en general. Es decir, se hizo hincapié en lo que se denomina comunicación externa. En una primera instancia, se investigó el motivo del surgimiento de este Programa en 2006, a fin de indagar acerca del contexto en el cual fue creado, así como el conocimiento y justificación de la campaña de comunicación elegida. Posteriormente, se puso el foco en el período que va desde 2015 hasta 2017, inclusive, el cual estuvo caracterizado por la decisión de ampliar el rango etario del Programa (lo cual sucedió en 2015), al mismo tiempo que se ideó un sistema digitalizado para llevar al día la carga de las afiliadas, dejando de lado las antiguas chequeras en papel. A partir de lo que surgió de la investigación, se pudo conocer cómo fue el impacto del proceso de comunicación elegido.

Un aspecto a destacar es que, si bien el trabajo hace hincapié en el ciclo comprendido entre 2015 y 2017 (por los motivos anteriormente expuestos), se consideró el Programa desde su creación, es decir, desde el año 2006, como manera de contextualizar y para dar cuenta de que los cambios producidos en 2015 se debieron a aspectos detectados precedentemente.

La autora de dicho trabajo considera que la temática de la comunicación es vital para la vida en sociedad y, por lo tanto, para cualquier organización en que se desempeñen las personas. Si bien es cierto que todo comunica, aquello que no se da a conocer lleva a que se produzcan malentendidos, rumores, desconocimiento y/o resquemores entre la gente. Por lo tanto, con una buena comunicación, se reduce en gran medida esa posibilidad. Es por ello que lo que se buscó fue indagar acerca del proceso de comunicación al momento de llevar a cabo el Programa SER y, sobre todo, de dar a conocer sus cambios y novedades.

Un rasgo a destacar en este punto es que la comunicación puede ser interna o externa. En la interna, se hace hincapié en lo que sucede dentro de la organización: en el caso que nos atañe (y pensando en IOMA en cuanto tal), sería la comunicación entre jefes, entre jefes y empleados, entre empleados, entre las diferentes regiones y/o delegaciones, etc.

La externa, en cambio, es la que tiene la organización con el exterior: beneficiarios/afiliados, proveedores, prestadores, competencia (por ejemplo, otras obras sociales) y sociedad en general.

A pesar de que pueden ser estudiadas y analizadas por separado, ambas instancias hacen a la comunicación integral de la organización.

Este trabajo, como se dijo, se centrará en la comunicación externa; más específicamente, en el Programa SER y las razones de su implementación, destinatarios, prestaciones dadas por la organización, gestión del proceso de comunicación y modificaciones que tuvo en el tiempo, entre otros. Se tomó en cuenta el período que abarca desde 2006 hasta 2017, inclusive. Es decir, desde la creación del Programa hasta la actualidad, aunque se puso el énfasis en la etapa comprendida entre 2015 y 2017.

A partir de lo anterior, puede decirse que el objetivo general de la investigación fue el de evaluar la gestión del proceso de comunicación externa del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SER) del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) desde 2006 a 2017, inclusive.

Los objetivos específicos, por su parte, fueron:

- Indagar sobre los orígenes del Programa SER, el contexto en el cual se creó y sus objetivos.
- Establecer continuidades y cambios en la manera en que se gestionó el proceso de comunicación del Programa desde su creación en 2006 hasta 2017, inclusive.
- Identificar la existencia de expectativas iniciales y su cumplimiento efectivo.

Teniendo presente el problema a abordar y los objetivos propuestos, se siguieron varios pasos: en una primera instancia, se recopiló la información necesaria acerca del Programa llevado a cabo por IOMA, para lo cual se recurrió a la página web del Instituto, resoluciones o cualquier otro material digital o gráfico, así como a entrevistas con aquellas personas que se encargaron de la creación, implementación y seguimiento del mismo. Asimismo, se conoció la campaña de comunicación llevada adelante para dar a conocer el Programa y sus objetivos. Se accedió a los materiales comunicacionales elaborados y se indagó en la justificación de su elección a personal del área de Comunicación Institucional. Luego, se puso el foco en los cambios que sufrió el Programa con los años y en si se pensó alguna manera de transmitírselos a las afiliadas. Posteriormente, se hizo un análisis de todo lo recolectado y, finalmente, se arribó a conclusiones que permitieron saber si éste cumplió con sus objetivos, así como la importancia que tuvo la campaña de comunicación en el logro de los mismos. A su vez, y reparando en que el período abarcado fue de varios años, se analizó si hubo modificaciones en materia comunicacional que se hayan visto reflejadas en los productos posteriormente elaborados. A esto se le agrega que se hizo referencia a un marco teórico, retomando conceptos generales plausibles de ser aplicados a la problemática, así como a antecedentes y normativa sobre el objeto de estudio. Con todo ello, se procedió a un análisis de lo recolectado, del que se extrajeron las conclusiones finales. El resultado de todo esto, por consiguiente, fue un trabajo de tipo descriptivo y analítico.

La metodología escogida a partir de lo antepuesto fue la cualitativa, ya que se centró en todo lo relativo al lanzamiento, puesta en marcha y seguimiento del Programa SER: por

qué se originó, bajo qué contexto, a qué segmento, con qué finalidad, cómo se determinó su campaña de comunicación, qué modificaciones fue teniendo en el tiempo y por qué, entre otros. Para ello, se recurrió a la técnica de recopilación y análisis documental (tanto en papel como digital) y a la realización de entrevistas a personal involucrado en su armado y puesta en marcha, para elaborar un posterior análisis, a partir del cual se llegó a conclusiones que dieron luz al tema de investigación y permitieron conocer si la finalidad del proceso de comunicación se cumplió o no en la práctica.

La unidad de análisis fue el Programa SER, para lo cual se investigó, como se dijo, sobre los motivos que llevaron a su creación, sus objetivos, cantidad de personas involucradas, avances y/o retrocesos, expectativas y resultados concretos. Esto, en el período que fue desde 2006 hasta 2017, inclusive. Desde el 2006, porque se contempló el Programa desde sus inicios, y hasta 2017 inclusive, porque se tuvo en cuenta el desarrollo del Programa en la actualidad. Su dimensión temporal fue, por lo tanto, transversal o sincrónica, dado que el objeto de estudio se considera en un período determinado (es decir, desde 2015 a 2017, inclusive), pero siendo consciente de que el mismo tiene una historia, de la cual se habló en el contexto y los antecedentes existentes sobre el tema y el Programa, y que comprende el primer período, que comienza en 2006.

El universo considerado, en consecuencia, estuvo constituido por todas las leyes (provinciales, nacionales y mundiales) y programas encargados de tratar la temática de salud sexual y reproductiva, que resultaron esenciales para darle sentido al objeto de estudio y, por ende, fueron tenidos en cuenta a lo largo de todo el trabajo.

2. Legislación sobre derechos reproductivos y sexuales

a) ¿Qué son los derechos reproductivos y sexuales?

En “La Situación legal de los derechos reproductivos y sexuales en Argentina”¹, Marcela Rodríguez plantea que los derechos reproductivos y sexuales “se basan en el principio de autonomía de las personas para elegir y materializar libremente sus planes de vida, entre otros aspectos respecto de sus capacidades reproductivas y su vida sexual”². A esto, la autora agrega que “también presuponen las condiciones económicas, sociales y culturales que posibiliten su pleno goce y ejercicio”³.

Ellos son resultado de otros derechos, los humanos, que son aquellos que tenemos “por el sólo hecho de ser personas”⁴ y que “existen a partir de necesidades humanas que reconocen: el derecho a la identidad, la alimentación, la educación, la vivienda, la salud, la participación, el acceso a condiciones básicas para garantizar el bienestar de las personas en un contexto de libertad e igualdad”⁵.

b) Panorama internacional

Los derechos reproductivos y sexuales cuentan con reconocimiento de foros internacionales desde hace tiempo. La **Conferencia Mundial de Derechos Humanos**, celebrada por las Naciones Unidas en Viena, Austria, del 14 al 25 junio de 1993, estableció

¹ Rodríguez Marcela, “La Situación legal de los derechos reproductivos y sexuales en Argentina”, en *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas: Propuestas para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Seminario realizado en Buenos Aires 25-26 de septiembre de 1997. Foro por los derechos reproductivos. Buenos Aires, Argentina, 1997

² Ídem. Página 29

³ Ídem

⁴ Fernández, María Paula. Salud sexual y reproductiva en adolescentes, una mirada comunicacional para (re)pensar los modelos de atención en salud desde lo territorial. Trabajo Integrador Final de la Especialización en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP, 2018. Página 5

⁵ Ídem. Página 5 y 6

que “los derechos humanos de la mujer y la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”⁶.

Por su parte, en la **Conferencia Mundial sobre la Mujer**, realizada en Beijing, China, del 4 a 15 de septiembre de 1995, se determinó que “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”⁷.

La salud reproductiva, mientras tanto, fue definida como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”⁸.

En sintonía, la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer**, aprobada el 18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, consideró la expresión “discriminación contra la mujer” a “toda

⁶ Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Naciones Unidas, Viena, Austria, 1993. Art. 18

⁷ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos, 1996. Página 38

⁸ Ídem. Página 37

distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”⁹.

En su artículo 12, a su vez, dictaminó que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”¹⁰. A lo anterior, le agregó que “los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”¹¹.

En el artículo 14 se hace mención a que los Estados Partes deberán asegurar a la mujer en las zonas rurales el “acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia”¹² y, en el artículo 16, que los Estados Partes tendrán que adoptar todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos vinculados al matrimonio y las relaciones familiares y, en especial, asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”¹³.

c) Panorama nacional

⁹ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, Naciones Unidas, 1979. Art. 1. Pág. 10

¹⁰ Ídem. Art. 12. Pág. 15

¹¹ Ídem

¹² Ídem. Art. 14. Pág. 16

¹³ Ídem. Art. 16. Pág. 17

En su ponencia titulada “Políticas económicas y modelos de salud”¹⁴, María Cristina García explica la vinculación entre ambos conceptos y sostiene que ninguna organización del sistema de salud de una sociedad puede considerarse de una forma neutra; por consiguiente, cada tipo de sistema que se implemente determina una pauta de acción del Estado así como el conjunto de derechos y obligaciones que las personas tienen en relación a la salud.

La autora agrega que, en la correlación entre el modelo de país y los sistemas de salud en la Argentina, existen seis períodos:

1. Antes de 1945
2. De 1945 a 1955
3. De 1955 a 1970
4. De 1970 a 1976
5. De 1976 a 1990
6. Actual

En la **primera etapa**, es decir, antes de 1945, nuestro país se sustentaba sobre un modelo agro-exportador a nivel económico. Todo aquello externo al mismo era considerado como un mal inevitable, por lo que debía reducirse tanto como fuera posible.

El modelo de salud predominante es denominado “**Modelo pluralista no planificado**”. La salud, concebida como una responsabilidad individual de las personas o cubierta por el sistema de caridad, no contaba con la intervención del Estado, excepto en los casos de epidemias o de la higiene pública, de modo que los oferentes del sistema de salud eran los entes públicos, los caritativos, las mutuales y los privados.

¹⁴ García, María Cristina. “Políticas económicas y modelos de salud”, en *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas: Propuestas para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Seminario realizado en Buenos Aires 25-26 de septiembre de 1997. Foro por los derechos reproductivos. Buenos Aires, Argentina, 1997

En la **segunda etapa**, es decir, de 1945 a 1955, se lleva adelante la industrialización y el mercado interno, de modo tal que se requiere de un Estado fuerte; surgen las nociones de derechos sociales, derecho a la salud, derecho al y en el trabajo.

El modelo de salud se caracteriza como de **“Planificación estatal centralizada”**, debido a que el Estado comienza a participar en la planificación y la administración de los servicios de salud, para lo cual se crea un ministerio determinado y los establecimientos públicos son nacionalizados.

En la **tercera etapa**, es decir, de 1955 a 1970, si bien se mantiene el modelo industrializador a nivel económico, sale favorecido el capital internacional debido al cambio de actores en escena, siendo el corolario la hegemonía norteamericana.

El modelo de salud de la época es calificado como **“Pluralista de planificación descentralizada”**, ya que el Estado empieza a pasar sus atribuciones a las provincias, lo que da como resultado el crecimiento de las entidades no estatales. El sistema de obras sociales se amplía (había empezado en la década de 1940, en paralelo al proceso de migración interna, industrialización y sindicalización), pues pasa de la afiliación voluntaria a la obligatoria, y surgen los primeros sistemas de salud prepaga.

En sintonía con lo expresado anteriormente, es en este período cuando surge el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), del cual se hablará en profundidad más adelante.

En la **cuarta etapa**, es decir, de 1970 a 1976, se originan los primeros signos de la crisis de este modelo, que viene de la mano de la precaria situación internacional, fundada en la crisis del petróleo.

El modelo de salud imperante es el de **“Institucionalización del modelo”**. Se incorpora a todos los trabajadores en relación de dependencia y los jubilados, llegando a cubrir cerca del 80% de la población, pese a existir fuertes desigualdades de acuerdo a la obra social.

En la **quinta etapa**, es decir, de 1976 a 1990, comienza un fuerte proceso de reestructuración en nuestro país y, aunque en lo político se retorna a la democracia luego

de años de dictadura, en lo económico se mantiene una continuidad en la que se destacan la desregulación y la apertura financiera, el vaciamiento y debilitamiento del Estado y la consolidación de escasos pero poderosos grupos económicos.

En el plano de la salud surge la **“Crisis del modelo anterior”**. Se prioriza la tecnología sobre el trabajo y las prestaciones de alta complejidad sobre lo preventivo, lo que profundiza la grave situación financiera de algunos de los oferentes del sistema de salud; se debilita el hospital público y aumenta la medicina prepaga. A su vez, el sistema, que anteriormente incluía y brindaba cobertura a la mayoría de la población, se ve imposibilitado de continuar haciéndolo frente a la caída del empleo industrial y el incremento del trabajo cuentapropista. Esto, da como resultado la exclusión de grandes sectores de la sociedad del sistema de salud, que empiezan a volcarse hacia los débiles servicios públicos, dañados por el previo vaciamiento del Estado, así como la crisis de las obras sociales, porque no pueden solventar los nuevos costos.

La **sexta etapa**, es decir, la actual, se fundamenta en la consolidación o culminación del proceso de reformas económicas iniciado en 1976, caracterizado por la desestructuración y el vaciamiento del Estado, la total apertura de la economía, la privatización de los servicios públicos y la compra de activos privados nacionales por parte de empresas extranjeras.

El modelo de salud no está claro, pero lo que sí se ve es la presencia de grandes desigualdades, aumento de los costos de las prestaciones, un impedimento para pagarlos y la ausencia de una política pública de mejora.

d) Decretos y derogaciones en Argentina

Mediante la sanción del Decreto 659/74, el gobierno de Isabel Perón dispuso la prohibición de aquellas actividades dirigidas al control de la natalidad, la comercialización y venta de anticonceptivos y la realización de una campaña de educación sanitaria destinada a rescatar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. El argumento esgrimido

era la “persistencia de bajos índices de crecimiento de la población”¹⁵; argumento que fue retomado por el gobierno de facto quien, en 1977, promulgó el Decreto 3938, que contenía los “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”, dentro de los cuales se incluía el de “eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad”¹⁶, debido a que “el cumplimiento de los objetivos de crecimiento y razones fundamentales de seguridad nacional requieren una mejor relación entre población y territorio”¹⁷.

Pese a lo anterior, tres fechas marcaron el fin de estos decretos restrictivos: en 1985, el Parlamento ratificó por ley la Convención sobre Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer; en 1986, a través del Decreto 2274, se derogaron los preliminares de Isabel Perón y la dictadura y se reconoció, por primera vez en un instrumento legal, “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos”. Finalmente, en 1988, se implementó en la Ciudad de Buenos Aires y como prueba piloto, la primera propuesta de política pública para brindar asistencia en anticoncepción mediante el Programa de Procreación Responsable creado por el gobierno municipal de esa ciudad.

e) Ley 418

El 22 de junio de 2000 es sancionada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley 418, conocida como Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y antecesora de la Ley 25673 (la cual será explicada más adelante). En su primer artículo, establece que el gobierno de la Ciudad “garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable”¹⁸ y como objetivos generales postula los siguientes:

¹⁵ Petracci, Mónica. Salud, derechos y opinión pública. Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación. Capítulo 3.1: El escenario público-político de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Grupo Editorial Norma, 2004. Página 30

¹⁶ Ídem. Página 31

¹⁷ Ídem

¹⁸ Ley 418. Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Su sanción fue el 22/06/2000 y su promulgación, el 12/07/2000

- a) “Garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.
- b) Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.
- c) Disminuir la morbilidad materna infantil”¹⁹.

Esta ley fue aprobada pese al rechazo de grupos minoritarios, vinculados a los sectores más conservadores de la Iglesia católica, que realizaron protestas y presentaciones en juzgados para impedir su implementación, prohibir la anticoncepción de emergencia y evitar la prescripción de métodos anticonceptivos a menores de edad (algo avalado por la ley, que garantiza el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos en los hospitales, sin restricciones de edad).

f) Ley 25673

En noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley a través del cual se creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable. Pese a la fuerte presión por parte de la Iglesia católica y el Poder Ejecutivo, el compromiso de muchas mujeres, legisladores, parte de la comunidad médica, líderes de opinión y organizaciones sociales permitieron que el proyecto siguiera adelante. Hasta que, en 1997, la propuesta perdió estado parlamentario dado que la Cámara de Senadores se negó a darle curso. El 18 de abril de 2001, Diputados dio media sanción a la ley que crearía el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud y, el 30 de octubre de 2002, el proyecto fue aprobado por la Cámara de Senadores, sancionándose así la Ley 25673.

Sus objetivos son:

¹⁹ Ídem

- a) “Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbilidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”²⁰.

Asimismo, en su artículo 6, la Ley establece que “la transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable”²¹, para lo cual se deberá:

- a) “Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los

²⁰ Ley 25673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Su sanción fue el 30/10/2002 y su promulgación, el 21/11/2002

²¹ Ídem

destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT;

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido”²².

En el artículo 7 se hace mención a que “las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico” y que “los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones”²³.

La Ley 25673 tiene un Decreto reglamentario que, en su artículo 2 del Anexo I, señala que “a los fines de alcanzar los objetivos descriptos en la Ley que se reglamenta el Ministerio de Salud deberá orientar y asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación”²⁴. Agrega también que “se deberán implementar acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda”²⁵ y que “la ejecución de las actividades deberá realizarse con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de los destinatarios del Programa, en coordinación con otras acciones de salud orientadas a tutelar a sus beneficiarios y familias”²⁶.

Como puede verse, se le da una gran importancia a la prevención, traducida, por ejemplo, en actividades de información y orientación. Más adelante, cuando se trate en

²² Ídem

²³ Ídem

²⁴ Decreto 1282/2003, reglamentario de la Ley Nº 25.673 y promulgado el 23/05/2003

²⁵ Ídem

²⁶ Ídem

profundidad el Programa SER, se verá que sintoniza con lo que la Ley 25673 y su Decreto reglamentario establecen en este punto.

g) Ley 13066

Gracias a la sanción de la Ley 25673 a nivel nacional, comenzaron a aprobarse leyes de salud reproductiva en distintas provincias y municipios de la Argentina. Mediante la Ley 13066, sancionada en 2003, se crea en el ámbito de la provincia de Buenos Aires el Programa Provincial que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable, destinado a toda la población, sin discriminación alguna y cuyos objetivos son:

- a) “Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana.
- b) Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante.
- c) Valorar la maternidad y la familia.
- d) Asegurar que el presente Programa no se instrumente al servicio de políticas de control demográfico, eugenésicas o que impliquen agravios a la dignidad de la persona.
- e) Disminuir la morbimortalidad materno infantil.
- f) Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.
- g) Garantizar a las mujeres la atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- h) Prevenir mediante información y educación, los abortos.
- i) Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenéricos considerados para la reproducción.

j) Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.

k) Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.

l) Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual para ayudar a la familia en la educación de los hijos en esta materia.

m) Promover la lactancia materna y posibilitar las condiciones para el amamantamiento dentro de horarios y lugares de trabajo como también fuera de él.

n) Informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por el ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados. En todos los casos los métodos suministrados serán no abortivos”²⁷.

La implementación del original Plan Ser de Salud Sexual y Reproductiva (del cual se hablará en detalle más adelante) se basa en las normativas propuestas en el artículo 6 de la Ley 13066 y en los artículos 2º y 6º de la Reglamentación de la misma.

En el artículo 6, la Ley dice que “el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) incorporará dentro de su cobertura médica asistencial las prestaciones médicas y farmacológicas referidas a los métodos conceptivos y anticonceptivos no abortivos y de carácter transitorio y reversibles, que al efecto fije la Autoridad de Aplicación de la presente ley”²⁸.

En el artículo 2 de la Reglamentación se establece que “son componentes esenciales para el cumplimiento efectivo del derecho a la salud de las personas, la promoción de la salud,

²⁷ Ley 13066. Programa de la provincia de Buenos Aires destinado a garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable. Su sanción fue el 28/05/2003 y su promulgación, el 17/06/2003

²⁸ Ídem

la prevención, el auto cuidado y la recuperación. Se propenderá a la creación de espacios dedicados al asesoramiento y consejería”²⁹. Para ello, “se articularán y promoverán, a partir de una planificación que tome como modelo a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, acciones que asistan a la persona desde el momento de la concepción”³⁰. En relación a la demanda de métodos conceptivos y anticonceptivos por parte de los beneficiarios, el profesional médico interviniente deberá:

- a) “Realizar los estudios previos que correspondan a la prescripción.
- b) Informar a los beneficiarios de manera completa, incluyendo los efectos colaterales que pueda producir cada indicación tanto a corto como a largo plazo. La información será clara, suficiente, adecuada y con lenguaje acorde a las condiciones personales del beneficiario, con relación a las ventajas y desventajas de cada método, en forma previa al suministro, diferenciando los métodos naturales -entendiendo por tales aquellos vinculados con la abstinencia periódica- de los no naturales. Se promoverá en particular el uso de preservativo como método de prevención de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.).
- c) Respetar los criterios o convicciones de los destinatarios en la prescripción, una vez que han sido informados, salvo contraindicación médica específica.
- d) Dejar constancia escrita del consentimiento informado, a cuyo efecto se requerirá al destinatario la suscripción del documento que acredite que la información fue suministrada en debida forma. Para el caso de menores de edad que concurrieran a la consulta acompañados por un adulto se requerirá asimismo la firma de este último.
- e) Para el caso de optar el beneficiario por un método no natural deberá restringir la indicación a alguno de los incluidos en el listado de métodos no abortivos transitorios y reversibles que el afecto elabora el ANMAT.
- f) Efectuar el seguimiento de el/la beneficiario/a, con posterioridad al método elegido.
- g) Se respetará el derecho de los profesionales a ser objetos de conciencia, los que serán exceptuados de su participación de este Programa. Esta situación deberá ser informada a

²⁹ Decreto 2327/03. Reglamentación de la Ley 13066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

³⁰ Ídem

los Directivos del establecimiento en que se desempeñen, y a las personas que soliciten su desempeño profesional, a efectos de procederse, con miras al cumplimiento del presente Programa, a su reemplazo por otro. Los centros asistenciales deberán garantizar la implementación del Programa, realizando la derivación a otro profesional o servicio”³¹.

En el artículo 6 de la Reglamentación, mientras tanto, se deja constancia de que IOMA “deberá desarrollar un Programa que dé cumplimiento a los objetivos establecidos por el artículo 2 de la presente reglamentación, incorporando la cobertura de los métodos previstos en el Programa provincial en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones”³².

³¹ Ídem

³² Ídem

3. Antecedentes

En 2010, en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, se llevó adelante una tesis de grado denominada “BREAST. Una margarita vestida con prestigio y experiencia”³³. El objetivo principal fue “Realizar y gestionar un Plan Estratégico de Comunicación para Breast Clínica de la Mama que optimice y fortalezca el contacto con su público objetivo”³⁴ mientras que, dentro de los objetivos específicos, figuraban:

- “Identificar y describir el público al que está dirigido dicho plan de manera que el trabajo contemple necesariamente una mirada desde su receptor.
- Realizar una revista institucional de distribución interna que brinde información no sólo respecto del perfil de la institución, sus servicios y su especialidad sino también de una de las patologías mamarias más relevantes: el cáncer de mama.
- Producir dos posters institucionales de circulación interna con frases que representen los valores y la filosofía de Breast.
- Proponer nuevos criterios de estructuración y contenido para la página web de modo que optimicen su funcionamiento y su navegación”³⁵.

Se considera que esta tesis tiene varios puntos en común con respecto al presente trabajo: trata sobre la salud, se encarga de conocer y analizar una organización de salud en cuanto tal (en el caso de la tesis, Breast Clínica de la Mama y, en éste, IOMA), ambos comparten el público objetivo: las mujeres (en el caso del Programa SER, si bien los hombres también se ven beneficiados, el foco está puesto en el sexo femenino) y también coinciden en la importancia de pensar y llevar adelante una campaña de comunicación que acompañe los fines propuestos.

³³ Sus autoras son Ciuci, María Emilia y Córdoba, Jasmín Estefanía y fue dirigida por Vestfrid, Pamela

³⁴ Ídem. Página 87 y 88

³⁵ Ídem. Página 87

Otro trabajo a tener en cuenta es, también, una tesis de grado de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP y que se titula “Implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR), creado por la Ley 25673, en el Hospital Horacio Cestino de Ensenada”³⁶.

Sus objetivos fueron:

- “Determinar el contexto histórico y socioeconómico en el que se desarrolla el Programa.
- Analizar las estrategias implementadas por el Hospital Cestino para cumplir con cada uno de los objetivos propuestos en el Programa de Salud Sexual.
- Estudiar las percepciones de las/los usuarias/os del Hospital Cestino respecto de la gestión del mismo en materia de salud sexual y reproducción, así como la de sus profesionales médicos.
- Establecer la importancia que tiene la comunicación en la implementación del Programa y ver si existe una estrategia de medios y de mensajes que la sustenten”³⁷.

Se entiende que, de la misma manera que la tesis anterior, ésta podría ser de importancia dado que también trata sobre la problemática de la salud y, en especial, de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, se encarga de circunscribirlo a una organización de salud en particular (en este caso, el Hospital Cestino de Ensenada) y de hacer especial hincapié en la comunicación para que, mediante la elaboración de materiales comunicacionales específicos, se logre la implementación del Programa de la manera anhelada.

El trabajo de María Paula Fernández³⁸ también fue de gran ayuda ya que la temática es similar, de modo que varios de los conceptos trabajados fueron compartidos.

³⁶ Su autora es Ferrer, Gabriela Yanina y fue dirigida por Rosboch, María Eugenia

³⁷ Ídem. Página 3 y 4

³⁸ Fernández, María Paula. Salud sexual y reproductiva en adolescentes, una mirada comunicacional para (re)pensar los modelos de atención en salud desde lo territorial. Trabajo Integrador Final de la Especialización en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP, 2018

El objetivo general fue “Desarrollar un análisis situacional y una propuesta de planificación comunicacional sobre los modelos de atención en salud sexual y reproductiva destinados a adolescentes dentro del Municipio de Gral. Las Heras”³⁹.

Los objetivos específicos, por su parte, consistieron en:

1. “Conocer los modelos de atención en salud sexual y reproductiva destinados a adolescentes dentro del municipio de General Las Heras.
2. Conocer los principales referentes y lugares elegidos por los adolescentes a la hora de buscar información y métodos sobre su salud sexual y reproductiva.
3. Planificar estrategias de comunicación dentro de las instituciones de salud y educación basadas en las características sociales y culturales de las/os jóvenes destinatarios”⁴⁰.

Si bien el trabajo se centra en los adolescentes, algunas nociones son compartidas en la presente investigación, por ejemplo, el de salud. La autora la concibe como una “construcción colectiva, como un conjunto de saberes, prácticas médicas, tecnologías e ideas políticas desarrolladas en diferentes ámbitos pero también a partir de significados y prácticas presentes en toda sociedad”⁴¹. Esto va en sintonía con una concepción social de la salud: es multidimensional (en lo social, cultural y económico) y multifactorial (factores: biológico, del entorno, de los estilos de vida y del sistema sanitario)⁴².

Fernández también vincula a la salud con la comunicación al decir que la primera debe pensarse por fuera de un modelo individualista-funcionalista, lo que “implica tomar en cuenta a la misma como un proceso complejo y colectivo, sin perder de vista su dimensión social y pública”⁴³. Al hacerlo de esta forma, “la comunicación se convierte en la

³⁹ Ídem. Página 23

⁴⁰ Ídem

⁴¹ Ídem. Página 7

⁴² Barragán, Horacio; Moiso, Adriana y otros. Fundamentos de salud pública. Primera parte. Capítulo 21: La planificación para la salud. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2007. Página 419

⁴³ Fernández, María Paula. Salud sexual y reproductiva en adolescentes, una mirada comunicacional para (re)pensar los modelos de atención en salud desde lo territorial. Trabajo Integrador Final de la

herramienta estratégica que permitirá una transformación cultural y sanitaria anclada en lo comunitario”⁴⁴. Aquí radica la importancia de conocer la complejidad del campo de la salud, pero también los problemas y particularidades de las comunidades, sus necesidades y contextos para, desde allí, conseguir transformaciones.

Como se mencionó, todos estos trabajos fueron considerados por presentar conceptos, nociones y objetivos similares a la presente investigación, dándole sustento.

4. IOMA

a) ¿Qué es IOMA?

Teniendo presente que el Programa SER se origina y enmarca dentro de un ámbito mayor, que es IOMA, es importante describir en una primera instancia qué es la obra social, cómo se compone y de qué manera se presenta frente a sus afiliados y la sociedad en general. Para ello, se visitó la página web del organismo, a fin de conocer qué dice la institución de ella misma; es decir, cuál es su identidad, lo que permitirá analizar luego si lo que pretende reflejar coincide con lo que piensan sus afiliados.

El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) es la obra social de la provincia de Buenos Aires. Se fundamenta en un Sistema Solidario de Salud, distinguido por el principio de la equidad, en el que todos reciben la misma cobertura, sin diferencias de aportes. En tanto seguro de salud, implica la “previsión de un riesgo futuro a través de un aporte, que respeta la solidaridad toda vez que es proporcional al sueldo, para cubrir prestaciones de acuerdo a las necesidades emergentes”⁴⁵.

Fue fundado en 1957 por Decreto-Ley 2.452 y, a lo largo de todos estos años, se convirtió en la mayor obra social de la Provincia, otorgando cobertura a sus dos millones de afiliados, que se distribuyen en:

-Afiliados Obligatorios: pueden ser activos o jubilados: empleados públicos provinciales y/o municipales (judiciales, docentes, policías, médicos y legislativos).

-Beneficiarios Voluntarios: optaron por IOMA en forma Individual y Colectiva (convenios con entidades de trabajo).

⁴⁵ Barragán, Horacio; Moiso, Adriana y otros. Fundamentos de salud pública. Primera parte. Capítulo 24: Las obras sociales y la atención médica. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2007. Página 479

El afiliado directo titular es aquel que está facultado por Ley para incorporarse, sin relación a otro afiliado, mientras que los indirectos son aquellos cuya incorporación al régimen de IOMA deviene como consecuencia de su relación de parentesco con el afiliado directo.

Antes de 1970, las obras sociales se financiaban con aportes del trabajador y contribuciones patronales variables; la norma de ese año (Decreto-Ley 18610, dictado bajo la presidencia de Onganía), en cambio, estableció los mínimos obligatorios de 1% y 2% respectivamente, a partir de lo cual las circunstancias políticas, sindicales y empresarias motivaron sus variaciones.

En lo referente a IOMA, el artículo 13 de la Ley 6982 establece que “el aporte de los afiliados directos previstos en el inciso a) del artículo 12 de la presente Ley, será determinado por el Poder Ejecutivo, en un porcentaje de entre el cuatro con cincuenta (4,50) por ciento y el seis con cincuenta (6,50) por ciento de los sueldos, bonificaciones, dieta, sueldo anual complementario o cualquier otra retribución sujeta a aportes previsionales que perciban los agentes en actividad, o de los haberes jubilatorios, pensionarios o de retiro que perciban los afiliados en situación de pasividad”⁴⁶.

Además, agrega que “en el caso de que el afiliado directo incorpore a su cargo al cónyuge o conviviente en aparente matrimonio, en los términos establecidos en la reglamentación, y los mismos estuvieran sujetos a otro régimen asistencial obligatorio, se establece un aporte adicional equivalente al diez (10) por ciento del sueldo básico correspondiente a la categoría 23 de la Ley 10430 bajo régimen de treinta (30) horas semanales de labor”⁴⁷.

El Decreto N° 2655/04, en su artículo 1, señala que “se establece el aporte de los afiliados directos en cuatro con ochenta por ciento (4,80%) de los sueldos, bonificaciones, dieta,

⁴⁶ Ley 6.982, 1965. Ratifica la creación del Instituto Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.). Texto ordenado por Decreto n° 179/87 Instituto Obra Médico Asistencial con las modificaciones introducidas por las Leyes 10.744, 10.861, 13.123, 13.483 y 13.965. Decreto 7.881/84, Reglamentario de la ley 6982 (T.O 1972) con las modificaciones de los Decretos Leyes 6.743/85, 4.529/93, 415/97 y los Decretos 412/04, 599/04, 2.469/05, 3.774/07

⁴⁷ Ídem

sueldo anual complementario o cualquier otra retribución sujeta a aportes provisionales que perciban los agentes en actividad, o de los haberes jubilatorios, pensionarios o de retiro que perciban los afiliados en situación de pasividad”⁴⁸, mientras que, en el artículo 2, indica que “se establece la contribución del Estado Empleador y sus Organismos Descentralizados o Autárquicos en cuatro con ochenta por ciento (4,80%) de los sueldos, bonificaciones, dieta, sueldo anual complementario o cualquier otra retribución sujeta a aportes provisionales que perciban los agentes en actividad, o de los haberes jubilatorios, pensionarios o de retiro que perciban los afiliados en situación de pasividad”⁴⁹.

En el artículo 1 de la Ley 6982 se dice que IOMA funcionará como entidad autárquica con capacidad para actuar pública y privadamente de acuerdo con las funciones establecidas en ella. No obstante, “su autarquía actual está limitada por la retención de fondos en las tesorerías provinciales y por la falta de pago de las contribuciones patronales de los municipios y, a veces, de las mismas provincias”⁵⁰.

b) Regiones y delegaciones

IOMA cuenta con 14 direcciones regionales:

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1. Bahía Blanca | 8. General Pueyrredón |
| 2. Pehuajó | 9. Olavarría |
| 3. Junín | 10. Saladillo |
| 4. Pergamino | 11. La Plata |
| 5. San Isidro | 12. La Matanza |
| 6. Lomas de Zamora | 13. Capital Federal |
| 7. Morón | 14. Dolores |

En total, existen hoy en día 224 centros de atención, teniendo en cuenta las Regiones, Delegaciones y bocas de atención.

⁴⁸ Ídem

⁴⁹ Ídem

⁵⁰ Barragán, Horacio; Moiso, Adriana y otros. Fundamentos de salud pública. Primera parte. Capítulo 24: Las obras sociales y la atención médica. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2007. Página 496

c) Directorio

En la actualidad, el Directorio está compuesto por cuatro vocales en representación del Estado provincial y tres en representación de los afiliados. De los cuatro miembros del Estado provincial, el Poder Ejecutivo designa al Presidente y el Vice es elegido –entre sus miembros-, a propuesta del Presidente.

En cuanto a los tres restantes (que representan a los gremios), en este momento se encuentra un miembro del Estado de la administración provincial (UPCN), uno del personal docente provincial (SUTEBA) y el último, dependiente de las Fuerzas de Seguridad (Policial).

Todos duran cuatro años en sus funciones, pudiendo ser designados por un nuevo período.

Para poder sesionar, el Directorio debe contar con un quórum no menor de cuatro miembros, incluyendo el Presidente. Cada uno tiene un voto y las decisiones se toman por simple mayoría, teniendo el Presidente doble voto en caso de empate.

d) Misión, visión y valores

La misión es concebida como la “función básica de la organización en la sociedad en términos de los bienes y servicios que ofrecen a sus clientes”⁵¹; es el motivo o la razón de ser de una institución. En su página web, IOMA sostiene que su misión es “Brindar el máximo nivel de salud a nuestros beneficiarios, organizando una red de servicios sustentable, sobre la base de un sistema solidario”⁵². Teniendo en cuenta a sus beneficiarios, dice que “IOMA es esencialmente la Obra Social de los empleados públicos

⁵¹ Varo, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Parte segunda. El hospital: una organización de servicios. Capítulo 4: La organización. Ediciones Díaz de Santos, SA. Madrid, España, 1994. Página 95

⁵² <http://www.ioma.gba.gov.ar/vision-mision.html>

del Estado Provincial. Sin embargo, como sistema abierto y arancelado, se ofrece a toda la población de la Provincia de Buenos Aires”⁵³.

A partir de lo anterior, la obra social se propone como visión, entendida como aquella imagen que la organización plantea a largo plazo sobre cómo espera que sea su futuro, “Organizar una red integrada de servicios modelo en la Seguridad Social que eleve el nivel de satisfacción de nuestros beneficiarios”⁵⁴, así como “actuar en el cuidado y control de la salud de los trabajadores públicos del Estado Provincial”⁵⁵.

En cuanto a los valores, sintetizados en una guía de conducta que permitirá a la gente dirigirse diariamente hacia la visión, incluye:

-“Universalidad de las prestaciones: Asegurar la universalidad en la atención de los beneficiarios a través de un sistema que integre políticas y recursos a tal fin. Incorporar mecanismos que permitan garantizar la universalidad de las prestaciones para el conjunto de beneficiarios.

-Transparencia: Queremos que las decisiones y los procesos sean claros y conocidos por todos, evitando asimetrías de información entre los actores involucrados: empleados, beneficiarios y prestadores.

-Vocación de servicio: Poseemos vocación de servicio y nos esforzamos por practicar esa aptitud.

-Gestión eficiente: Planificamos de manera eficiente, controlando los procesos, determinando y ajustando los desvíos, alineando los recursos a los objetivos organizacionales, teniendo como eje al beneficiario y centrándonos en la calidad del servicio.

⁵³ Ídem

⁵⁴ Ídem

⁵⁵ Ídem

-Impulso de una gestión plural: Buscamos y propiciamos el diálogo en la organización. Queremos escuchar, poder expresarnos y compartir. Deseamos que toda la organización esté involucrada en la ejecución alineada a las decisiones”⁵⁶.

Tal como la misma institución indicó, IOMA es un sistema social abierto, que interactúa con el entorno, por lo que cuenta con atributos definitorios, que son⁵⁷:

- ✓ Los insumos (inputs) o factores de producción: son tomados del exterior a fin de que el sistema pueda desarrollar su actividad (trabajo, maquinaria, información, capital).

- ✓ Los productos en curso o en proceso: son los insumos en proceso de transformación que permanecen dentro del sistema antes de salir al entorno.

- ✓ Los resultados (output o outcome): son los productos en forma de bienes o servicios que se entregan al exterior y sin los cuales no se pueden reponer los recursos necesarios para sobrevivir.

- ✓ Los intercambios cíclicos y reiterativos: el ciclo entrada-proceso-salida se repite de acuerdo a pautas preestablecidas que originan una estructura organizada que brinda el soporte de los intercambios.

- ✓ La entropía negativa: los sistemas abiertos intentan importar más energía de la que consumen y exportan con el objetivo de asegurarse su supervivencia.

- ✓ La información, la retroalimentación y el proceso de codificación: la disponibilidad de información es el factor más importante en cualquier institución. La retroalimentación negativa es un mecanismo regulador y consiste en el circuito por el cual circula un flujo constante de información entre el sistema, sus partes y el entorno. El manejo eficiente de la información requiere su codificación de acuerdo a criterios que unifiquen la claridad del significado con la facilidad del transporte y la comprensión.

⁵⁶ Ídem

⁵⁷ Varo, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Parte segunda. El hospital: una organización de servicios. Capítulo 4: La organización. Ediciones Díaz de Santos, SA. Madrid, España, 1994. Página 92 y 93

✓ El estado estable y la homeostasis dinámica: un sistema establecido compensa la entropía conservándose en una línea estable. No obstante, esa estabilidad no quiere decir que no se produzcan cambios: frente a cualquier modificación en el entorno, el sistema evoluciona para seguir existiendo en un nuevo contexto, a través de un proceso de homeostasis o tendencia natural a recuperar el equilibrio.

✓ La equifinalidad: puede ocurrir que los sistemas abiertos lleguen al mismo estado final partiendo de condiciones iniciales distintas o que lleguen a estados finales diferentes a partir de las mismas condiciones originales.

✓ Los límites: resulta difícil delimitarlos en los sistemas sociales. A su vez, los límites de un subsistema pueden no coincidir con los de otro, debido a que están ligados a diversas variables.

Como ya se dijo, IOMA es un sistema social abierto, que se nutre del entorno y al que influye también. De él recibe cosas y a él le brinda sus resultados. Desde la visión general, busca ofrecer el máximo nivel de salud a sus beneficiarios, mediante una red de servicios sustentable y sobre la base de un sistema solidario, a partir de un derecho y requerimiento básico, como lo es la salud. Si bien el Programa SER será explicado en profundidad más adelante puede anticiparse que, en su caso en particular, la necesidad de hacer algo con respecto a la salud sexual y reproductiva fue la que le dio origen. La idea de tomar medidas para la prevención y el diagnóstico temprano de cáncer génito mamario y enfermedades de transmisión sexual, además de dar cobertura para una efectiva planificación familiar, surgió de una carencia, de un servicio que hasta ese entonces no brindaba la obra social y que era necesario para los afiliados; para las mujeres en especial, pero también con implicancias en sus familias. Asimismo, se entiende que el camino había sido allanado para tratar esta nueva problemática a través del contexto, de leyes y resoluciones a nivel provincial, nacional y mundial, que ya venían dando señales de avance en la temática.

Como sistema abierto, IOMA se vincula con el exterior desde su creación. Los cambios sociales y las normativas fueron el marco bajo el cual el Programa SER vio la luz. Porque IOMA no podía desconocer lo que se estaba dando a nivel global. Porque tenía que hacer algo al respecto.

Así como el entorno fue el que hizo posible el surgimiento del Programa, las modificaciones que éste fue teniendo en el tiempo (la eliminación de las chequeras, la incorporación de un sistema online y la cobertura a mujeres de mayor edad) también resultaron de evoluciones en el ambiente, que permitieron darle más agilidad y hacerlo más práctico. La digitalización del sistema aceleró los procesos y “jugó a favor” de las mujeres que, en el presente, tienen un menor tiempo disponible con respecto a las de otra época. La ampliación etaria de la cobertura, a su vez, fue producto de una mayor esperanza de vida, que no sólo se ve en nuestro país sino a escala mundial, y que implica, por consiguiente, la realización de estudios a más tardía edad.

En consecuencia, tanto la aparición del Programa como sus progresos han derivado de mejoras sociales, que le dieron forma y sustento.

5. Marco teórico

A lo largo del trabajo, se hizo hincapié en varios conceptos que dieron marco y sustento a la investigación, a saber:

a) Organización

La **organización** es definida como “el medio ambiente interno donde una persona desarrolla sus actividades, determina qué conductas son posibles y da un sentido de realidad social. El éxito o fracaso de la empresa, la productividad y la calidad de las realizaciones dependen de los individuos que la forman. La organización, así entendida, influye en la motivación y eficacia de las personas que la componen”⁵⁸.

Las organizaciones tienen características que las definen:

1. “La composición por individuos y grupos.
2. La orientación hacia unos objetivos.
3. Las funciones diferenciadas.
4. La coordinación racional e intencionada.
5. La continuidad en el tiempo”⁵⁹.

La organización, al mismo tiempo, puede ser asemejada a un sistema. El mismo es una combinación de “elementos vinculados entre sí y adscritos a unos fines determinados, que se fijarán según cuál sea el sistema socioeconómico donde la empresa desarrolle su actividad”⁶⁰. Es decir, consiste en un “conjunto unitario organizado, compuesto por dos o más partes –componentes o subsistemas interdependientes- y delineado por los límites -

⁵⁸ Varo, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Parte segunda. El hospital: una organización de servicios. Capítulo 4: La organización. Ediciones Díaz de Santos, SA. Madrid, España, 1994. Página 89

⁵⁹ Ídem

⁶⁰ Ídem. Página 90

conocibles- de su ambiente o suprasistema”⁶¹, cuyo producto final “es mayor que el que produciría la suma de cada una de sus partes actuando por separado”⁶².

Al ser sistemas, las organizaciones tienen cuatro objetivos⁶³:

1) La supervivencia: es la conservación o mantenimiento del sistema.

2) La eficiencia: consiste en el máximo beneficio ante un nivel de coste dado. La búsqueda por alcanzarla puede tener tres efectos:

-Al ser los costes más fáciles de medir que los beneficios, la eficiencia se limita con frecuencia a una reducción de los mismos.

-Como los costes económicos son más fáciles de medir que los sociales, la eficiencia puede tender a aumentar estos últimos por considerarlos costes externos.

-Debido a que los costes económicos son más fáciles de medir que los sociales, la eficiencia puede hacer que la organización valore los beneficios tangibles y no los intangibles.

3) El control: siempre se pretende tener un cierto grado de control sobre el entorno, el cual se realiza de dos formas: intentar que el contexto no interfiera en la consecución de los objetivos propios y procurar el control de las finalidades de los demás (lo que puede convertirse en un fin en sí mismo).

4) El crecimiento: todas las organizaciones buscan desarrollarse por los beneficios que pueden obtenerse de ese crecimiento. Es posible que la expansión sea una manera efectiva de solucionar conflictos internos y de ayudar a la institución a conseguir los otros tres objetivos: sobrevivir, ser eficiente y controlar el entorno.

Una definición similar a la anterior es la que concibe a la organización como “un grupo formal y coordinado de personas, el cual opera para alcanzar metas específicas”⁶⁴. A su

⁶¹ Ídem

⁶² Ídem. Página 91

⁶³ Ídem. Página 93 y 94

⁶⁴ Hellriegel, D.; Jackson S.; Slocum J. Administración, un enfoque basado en competencias. 11ª edición. Capítulo 1: Desarrollo de las competencias gerenciales. Cengage Learning. Santa Fe, México, 2008. Página 6

vez, se origina para brindarles bienes y servicios a la comunidad, tiene una estructura en particular y sólo consigue su finalidad mediante el trabajo en conjunto.

En el presente trabajo se tomó una institución de salud en tanto organización; por ende, el concepto bien puede aplicarse, ya que es un ámbito en el cual confluye una gran cantidad de personas, con intereses individuales pero con el mismo objetivo a nivel organizacional. Por lo tanto, se torna vital que cada uno de los sujetos que forma parte de IOMA se sienta identificado e implicado en las actividades que deberá llevar a cabo para el logro de los fines institucionales. Pese a que hay cuestiones que exceden a los empleados, podría decirse que la responsabilidad al momento de realizar las tareas y su modo de demostrarlo frente a los afiliados harán que estos últimos tengan una buena o mala imagen del Instituto. Este tema, el de la imagen, será retomado más adelante.

b) Comunicación

Para lograr lo anterior, resulta de vital importancia la comunicación, entendida como “producción de sentido y hecho cultural”, concepto con el que concuerda quien realiza el presente trabajo y del que ya se estuvo hablando.

No obstante, esta concepción de la comunicación no siempre fue la misma: a fines de la década de 1940, en Estados Unidos, surgió el “Modelo comunicativo informacional”, a partir de las proposiciones realizadas por Shannon y Weaver desde la teoría matemática de la información. Ese modelo sistematizaba los procesos de transmisión de información entre máquinas y, en ellos, “la comunicación (la transmisión) se considera eficaz o exitosa cuando el destinatario recibe exactamente lo que la fuente ha organizado como mensaje a transmitir. Y ello es posible –al eliminarse o controlarse los posibles ruidos- porque la

fuente y el destinatario emplean un mismo código, entendido como 'sistema de reglas que atribuye a determinadas señales un determinado valor' y no un cierto significado"⁶⁵.

Este planteo fue posteriormente enriquecido por otros: María Cristina Mata dice al respecto que, desde la lingüística estructural, "Roman Jakobson dio una dimensión comunicativa al modelo matemático al incorporar a él las nociones de contexto en que se produce la transmisión, al diferenciar las funciones que puede cumplir el lenguaje, etc"⁶⁶.

El funcionalismo, más tarde, incorporaría el rol que juegan los grupos de pertenencia de las personas en lo relativo a la interpretación de los mensajes y, sobre todo, en sus efectos.

Los representantes de la teoría crítica, por su parte, agregarían los conceptos de ideología y manipulación que, "al operar como recursos explicativos de los macro procesos de comunicación, permitieron abordar y develar la función social y política de los emisores y productos comunicativos"⁶⁷.

Luego de estas y muchas otras teorías acerca de la comunicación, se llegó a la concepción actual: como producción de sentido. Es así que el receptor ya no recibe y decodifica los mensajes enviados (a través de un instrumento neutro) por el emisor de la manera en que éste pretende.

Mata dice que los emisores, en unas determinadas condiciones, recurren a ciertas de competencias a fin de darle sentido a lo que quieren transmitir. Los receptores, por su parte, le darán un sentido a lo recibido, basándose en particulares condiciones de recepción. Por lo tanto, ser receptor ya no consiste en ser pasivo, sino que éste es también un actor vital, sin cuya participación el sentido en el proceso comunicativo no se concretaría.

⁶⁵ Mata, María Cristina. *Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva*. Modulo 2, Curso de Especialización Educación para la comunicación. La Crujía. Centro de comunicación educativa. Buenos Aires, Argentina, 1985. Página 3

⁶⁶ Ídem

⁶⁷ Ídem. Página 4

Así, sostiene la autora, “tanto en la esfera de la emisión como en la de la recepción existe producción de sentido –y no mera transferencia de los primeros a los segundos- aún cuando ella sea desigual, no simétrica”⁶⁸.

Por consiguiente, es un proceso dinámico, de ida y vuelta, en el que se habla y/o escribe, pero también se escucha y en el que el cuerpo juega asimismo un papel preponderante.

En la misma línea, Segundo Armas Castañeda plantea que “la comunicación es entendida como un proceso de relación entre sujetos que supone un proceso de producción de sentidos, no restringiéndola a meros instrumentos tecnológicos o a la transmisión de conocimientos o informaciones”⁶⁹. El autor continúa diciendo que “en ese sentido, la aproximación que hacemos a este concepto parte de los procesos culturales y sociales que envuelven la producción y consumo comunicacional. Por lo tanto, la comunicación se establece como un ámbito desde el cual se puede estudiar e investigar la realidad del hombre y de la sociedad en la cual se desenvuelve”⁷⁰.

c) Cultura

Debido a que la **cultura** va al ritmo de la sociedad, es dinámica y, en consecuencia, va mutando. Al respecto, Gilberto Giménez dice que “la cultura no debe entenderse nunca como un repertorio homogéneo, estático e inmodificable de significados. Por el contrario, puede tener a la vez ‘zonas de estabilidad y persistencia’ y ‘zonas de movilidad’ y cambio”⁷¹.

El autor señala, además, que “no todos los significados pueden llamarse culturales, sino sólo aquellos que son compartidos y relativamente duraderos”⁷².

⁶⁸ Ídem. Página 9

⁶⁹ Armas Castañeda, Segundo. Imaginándonos el futuro, la comunicación como estrategia para el desarrollo. Ed. ILLA, Lima, 1995. Página 48

⁷⁰ Ídem

⁷¹ Giménez, Gilberto. La cultura como identidad y la identidad como cultura. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional de México. México, 2003. Página 3

⁷² Ídem. Página 2

Por ende, si no se trabaja sobre la cultura organizacional (concepto que se tratará más adelante) y no se logra que todos los empleados se sientan involucrados en la puesta en marcha del Programa y de las tareas en general, los resultados no serán los esperados. Conjuntamente, si no se tiene en cuenta lo que piensa la gente, inmersa en un determinado tejido histórico, social, económico, religioso, etc., el mensaje a transmitir no surtirá el efecto deseado. Para tener una comunicación realmente eficaz, se deberán priorizar los intereses de los receptores y del público al que se quiere llegar, a fin de elaborar las herramientas comunicacionales más aptas para el logro de los objetivos. En consecuencia, deberá trabajarse sobre los distintos aspectos que se dan dentro de la institución, tanto los directamente implicados como los indirectos.

En este trabajo, se analizó el modo en que se dio la gestión del proceso de comunicación del Programa SER. Se consideró el contexto en el que surgió el mismo, para conocer las causas que llevaron a su creación y su difusión, a la sociedad en general y a las mujeres en particular, a través de la realización y distribución de materiales comunicacionales sobre la temática, así como los cambios que fue teniendo en el tiempo en la manera de llevarlo adelante.

Si bien la comunicación es una, podrían mencionarse dos instancias de la misma: la interna y la externa.

La comunicación interna está compuesta por “todos los procesos de producción social de sentido que se dan entre los miembros de una organización, tanto si se encuentran en el ámbito físico de la entidad como en el simbólico”⁷³. Dentro de este último punto podrían ubicarse las reuniones que, aún si se dan fuera de la institución, son espacios de comunicación interna. Los individuos que la llevan adelante pertenecen a la entidad y su singularidad reside en el hecho de que “las particularidades propias de cada organización atraviesan a los sujetos que la conforman y delinear su manera de comunicarse”⁷⁴.

⁷³ Comunicación interna y externa. Dos caras, una moneda. Documento de cátedra del Taller de Producción de Mensajes de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP, 2007

⁷⁴ Ídem

Su misión es “crear las condiciones necesarias para la satisfacción de la estrategia general de la organización”⁷⁵, para lo cual “se encarga de fortalecer la identidad de la misma y formar el espíritu de equipo en sus miembros”⁷⁶.

La comunicación externa, por su parte, es la que está dirigida a los destinatarios elegidos, así como también a los integrantes de otras organizaciones. Debe tenerse en cuenta que “también forman parte del discurso de la organización tanto aquellas acciones que podemos clasificar como mensajes como aquellas otras que, sin pretensión de comunicar, conllevan un significado y contribuyen a la formación de una imagen”⁷⁷. Esto implica que no solamente comunica lo que se quiere transmitir sino también aquello que se prefiere “ocultar” o evitar que salga a la luz.

En “Desarrollo de las competencias gerenciales”⁷⁸, sus autores hablan de la comunicación informal, la formal y la negociación como instancias esenciales que, junto a otras, deben llevarse adelante para alcanzar los objetivos organizacionales.

Según ellos, la informal es la que puede utilizarse, por ejemplo, en una empresa, para implementar una red de contactos sociales, así como la comúnmente usada para contar con colaboración dentro y fuera de la misma.

La comunicación formal, por su parte, es la que se emplea para dar a conocer decisiones importantes, dentro de las cuales los autores mencionan una adquisición, fusión o downsizing (es decir, la reducción de cantidad de empleados), como así también la que se lleva a cabo con proveedores y clientes.

En cuanto a la negociación, estos mismos dicen que es primordial la generación de consensos y compromisos para poder tratar con los diferentes actores sociales internos y externos, para obtener recursos para los empleados y para solucionar conflictos entre los distintos grupos de interés.

⁷⁵ Ídem

⁷⁶ Ídem

⁷⁷ Ídem

⁷⁸ Hellriegel, D.; Jackson S.; Slocum J. Administración, un enfoque basado en competencias. 11ª edición. Capítulo 1: Desarrollo de las competencias gerenciales. Cengage Learning. Santa Fe, México, 2008

En el presente trabajo se hizo hincapié en la comunicación externa, dado que se tomó como objeto de estudio el Programa SER, dirigido a los beneficiarios en general y a las mujeres afiliadas a IOMA en particular.

Al mismo tiempo, podría decirse que, si no existe comunicación formal para dar a conocer el Programa (a los empleados, beneficiarios, farmacias, establecimientos asistenciales, entre otros), informal, para lograr una retroalimentación que sustente la finalidad original, y negociación, para tratar con los diversos actores sociales implicados en la temática, de poco servirá lo planificado. En fin, sin la puesta en marcha de una campaña de comunicación que acompañe lo planeado, difícilmente se logre el objetivo.

Y esto no solamente corre para este Programa: haciéndolo extensivo al resto de las prestaciones de la institución, se parte de la base de que si no existe un interés y conocimiento profundo sobre la temática a nivel interno, si no se planifica una campaña de comunicación adecuada y si los empleados no se involucran, es muy difícil que se concreten los objetivos planteados.

Podría decirse que todo esto corresponde a la **cultura organizacional**, entendida como el “conjunto de creencias, valores y normas compartidas que influyen en la forma en que las personas y los grupos trabajan juntos para alcanzar las metas organizacionales”⁷⁹. Para lograrlo, las organizaciones deberán diseñar una estructura y una cultura que “motive a gerentes y empleados a trabajar con ahínco y a exhibir comportamientos y actitudes laborales de colaboración, y coordine las acciones de los empleados, grupos, funciones y divisiones para garantizar que trabajen juntos con eficacia y eficiencia”⁸⁰.

Este “conjunto complejo de supuestos, valores, creencias, tradiciones, políticas y comportamientos esenciales que se materializa en el lenguaje, en los símbolos, mitos y comportamientos como marco de referencia compartido dentro de una organización”⁸¹

⁷⁹ Jones, Gareth y George, Jennifer. Administración contemporánea. 6ª edición. Capítulo 10: Administración de la estructura y la cultura organizacional. McGraw-Hill Editores, México, 2010. Página 345

⁸⁰ Ídem. Página 346

⁸¹ González Frígoli, Martín. En clave comunicacional. La importancia del diagnóstico y el conocimiento de la cultura organizacional para la generación de estrategias de cambio y transformación desde la comunicación interna en las organizaciones. Tesis Doctorado en Comunicación. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata, 2016. Página 37

no pone el énfasis en casos puntuales sino en la institución en su globalidad: “establece las prioridades y preferencias de lo que es esperable por parte de los individuos que la conforman es el marco para todo lo que se hace y se piensa y para los modos de hacer y pensar en una organización”⁸².

Como ya se dijo, si las personas que se encargan (en gran parte) de sostener a la institución no se sienten identificados e involucrados en lo que hacen, si sienten que no son tenidos en cuenta, perseguirán intereses particulares, sin importarles los anhelos a nivel institucional. En consecuencia, harán a desgano sus tareas, sólo para cumplir su horario y cobrar su sueldo, sin buscar su cuota de placer en su trabajo, y eso repercutirá en la imagen que el público formará en su cabeza de la organización.

La cultura de una organización, por lo tanto, deriva de una serie de valores y normas fundamentales. Valores, considerados como los “patrones compartidos que sus miembros emplean para juzgar si han ayudado a la compañía a lograr su misión y alcanzar sus metas”⁸³ y normas, que “especifican o prescriben las creencias, las actitudes y las conductas compartidas que sus miembros deben observar y acatar”⁸⁴; es decir, son reglas informales acerca de la manera en que los empleados deben comportarse y actuar en una institución si quieren ser aceptados y contribuir en pos del objetivo común.

En IOMA existe una percepción de que hay cosas que “se hacen de esta manera porque siempre se hicieron así”. Si bien no hay que generalizar, muchas veces se ve este tipo de actitudes en los empleados, incluso, en personas que inicialmente renegaban de estas cuestiones. Da la sensación de que el sistema pudo con ellos, venciendo sus ansias de cambio. Al ingresar nuevos compañeros o autoridades suele producirse un cimbronazo que altera el orden establecido, es como una bocanada de aire fresco que modifica los patrones de conductas predominantes hasta ese momento y deja expuestas las fallas de los procedimientos. En el caso de los empleados, muchos siguen las órdenes a rajatabla pero, a medida que pasa el tiempo y se van afianzando en sus tareas, comienzan a

⁸² Ídem

⁸³ Jones, Gareth y George, Jennifer. Administración contemporánea. 6ª edición. Capítulo 10: Administración de la estructura y la cultura organizacional. McGraw-Hill Editores, México, 2010. Página 370

⁸⁴ Ídem

proponer alternativas de trabajo y a cuestionar ciertas formas, conocimientos o jerarquías. Quedará en los superiores y los empleados “más viejos” escuchar esas propuestas y dar más o menos libertad de acción a los comportamientos.

IOMA, a su vez, es “como una gran familia”, en el sentido de que hay muchos familiares, parejas y amigos trabajando, algo que suele suceder también en otros organismos de la administración pública. Es una institución que trasciende generaciones y que fue avanzando en el tiempo; fue mutando, como ocurre en cualquier sociedad con los cambios de época. Los lazos, al no ser sólo laborales sino también familiares, se dan de una manera muy fuerte y se ven reflejados, muchas veces, en el ámbito de trabajo.

Pero no solamente están los empleados: en el caso de los nuevos jefes, en reiteradas ocasiones limitan todo accionar de sus trabajadores; en otras, sin embargo, motivan al personal, porque son solidarios, porque no lo experimentan como una amenaza, porque saben que, sin esos empleados, su función no tiene sentido y porque entienden que si su gente se siente escuchada, los objetivos propuestos serán, seguramente, alcanzados de una manera más rápida y eficiente.

Como en toda organización, en IOMA hay diferentes tipos de empleados y de jefes que, más allá de sus diferencias, hacen a la cultura institucional de la obra social.

d) Realidad, identidad, comunicación e imagen

Norberto Chaves plantea la existencia de conceptos considerados como “dimensiones intrínsecas y universales de la actividad institucional”⁸⁵: realidad, identidad, comunicación e imagen.

La **realidad** institucional está compuesta por todas aquellas particularidades y condiciones objetivas; son los hechos concretos, lo que el autor llama la “materialidad” de la organización, representada por elementos como:

- “Su entidad jurídica y su funcionamiento legal concreto.

⁸⁵ Chaves, Norberto. La imagen corporativa. Teoría y metodología de la identificación institucional. 3ª edición. Capítulo 2: La cuestión terminológica. GG Diseño. Barcelona, España, 2012. Página 23

- Su estructura o modalidad organizativa y operativa.
- La índole y peculiaridades de su función.
- Su realidad económico-financiera.
- La infraestructura en que se sustenta y su sistema de recursos materiales.
- Su integración social interna: individual, grupal, societaria, técnica, etc.
- El sistema de relaciones y condiciones de comunicación operativa interna y externa”⁸⁶.

Dentro de la realidad, Chaves incluye también a los proyectos institucionales, los de acción externa y los de intervención sobre la misma organización, en tanto y en cuanto conllevan actividades y comportamientos reales.

La **identidad** es el “conjunto de atributos asumidos como propios por la institución”⁸⁷, lo cual conforma un discurso dentro de la organización. Está compuesta por cuatro dimensiones, de las que el autor dice al respecto: “cada sujeto social tiene una idea de lo que es y una idea de lo que quiere que crean que es, tiene una idea de lo que debe ser y una idea de lo que quiere que crean que él debe ser”⁸⁸.

Del mismo modo que la realidad, la identidad institucional tiene que ser pensada como un proceso, por lo que los proyectos (incluidos en la realidad en su aspecto operativo), en su dimensión de autorrepresentación están contenidos en el discurso identificadorio. Es decir, la realidad hace referencia a los datos objetivos mientras que la identidad, a lo subjetivo.

IOMA se define en su página web⁸⁹ como “la obra social de la provincia de Buenos Aires”, a lo que agrega que está “basada en un Sistema Solidario de Salud, distinguido por el principio de la equidad, en el que todos reciben la misma cobertura, sin distinciones de aportes”. Asimismo, señala que “la calidad prestacional queda garantizada por la mayor

⁸⁶ Ídem

⁸⁷ Ídem. Página 24

⁸⁸ Ídem

⁸⁹ <http://www.ioma.gba.gov.ar/>

red de prestadores de la provincia de Buenos Aires, lo que asegura un rápido acceso a la prestación en cualquier ciudad de la provincia en donde te encuentres”.

El Programa SER, por su parte, destaca sus objetivos vinculados a “la prevención y el diagnóstico temprano de cáncer génito mamario y enfermedades de transmisión sexual”. Agrega que “además, brinda cobertura para una efectiva planificación familiar” y que “pueden incorporarse al programa las mujeres que tengan entre 14 y 75 años”.

Podría decirse que, en cuanto identidad, IOMA y el Programa SER mantienen una coherencia entre sí, teniendo en cuenta que se habla de prevención y diagnóstico temprano, que podrían ser realizados en cualquiera de los prestadores provinciales que trabajan con la obra social.

Más adelante se verá si lo que dice la institución en la teoría se corresponde o no con lo que sucede en la práctica.

Retomando los conceptos de Chaves, se hablará de la **comunicación** institucional, conformada por el “conjunto de mensajes efectivamente emitidos. Consciente o inconscientemente, voluntaria o involuntariamente, toda entidad social, con sólo existir y ser perceptible, arroja sobre su entorno un volumen determinado de comunicados”⁹⁰. Como puede verse, todo comunica, lo que se quiere decir y lo que se intenta silenciar u ocultar, de modo que debe existir una verdadera planificación de la comunicación que disminuya (o trate de reducir al máximo) la posibilidad de que el público tenga una imagen de la institución diferente a la que se quiere conseguir.

El área de Comunicación Institucional de IOMA es la encargada de pensar y llevar adelante una estrategia comunicacional que concuerde con lo que la organización quiere transmitir a nivel global, la cual se ve reflejada en los materiales comunicacionales que se realizan y que tienen por finalidad dar a conocer la identidad de la institución y, por consiguiente, generar una imagen positiva en los afiliados y público en general. El sector está compuesto por licenciados en Comunicación Social (con orientación en Periodismo y en

⁹⁰ Chaves, Norberto. La imagen corporativa. Teoría y metodología de la identificación institucional. 3ª edición. Capítulo 2: La cuestión terminológica. GG Diseño. Barcelona, España, 2012. Página 24

Planificación Comunicacional), licenciados en Comunicación Visual y un fotógrafo, quienes participaron activamente en la gestión del proceso de comunicación del Programa SER.

Vinculado a lo anterior, se encuentra el concepto de *imagen* institucional, que consiste en “la lectura pública de una institución, la interpretación que la sociedad o cada uno de sus grupos, sectores o colectivos, tiene o construye de modo intencional o espontáneo”⁹¹.

Tal como queda expresado, las cuatro dimensiones están interrelacionadas y son interdependientes. Todas están vinculadas entre sí, por lo que es necesario no dejar ninguna de lado y tenerlas en cuenta al momento de decidir qué se quiere hacer, qué se quiere transmitir y de qué manera. Si la organización es coherente y efectiva internamente, la imagen que el público se hará de ella será, muy probablemente, la deseada. Por lo tanto, si la organización gestiona de manera adecuada todo lo relativo a la comunicación interna y externa, la imagen del público sobre la misma mejorará.

Vinculado a esto, y haciendo mención al presente trabajo, se entiende que se quiso dar a conocer el Programa SER (y que, actualmente, continúa) a la sociedad en general y a las beneficiarias directas en particular, de modo que se pensó en una campaña de comunicación para tal fin. Para ello, se elaboraron materiales comunicacionales con el objetivo de ser distribuidos en sitios aptos y concurridos por las personas a las que se quería llegar, para que la gente interpelada tomara conocimiento de la temática, de la campaña, de su finalidad y tuviera acceso al Programa.

Considerando que el Programa SER está bajo la esfera de la Unidad de Prevención y Promoción de la Salud (creada para reforzar la prevención y así reducir las enfermedades y mejorar la calidad de vida) es que se concibe que la finalidad sea la de fomentar la realización de estudios que eviten la aparición de problemáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva o, en caso de no poder impedir las, de llegar al menos a diagnósticos tempranos, que puedan ser revertidos.

⁹¹ Ídem. Página 26

Para lograr tal objetivo, se pensó en una planificación comunicacional para dar a conocer el Programa, en el que se hacía mención a su finalidad y las prestaciones incluidas en el mismo. El presente trabajo buscó indagar en la campaña llevada a cabo. También, profundizó en los motivos por los cuales se produjeron cambios en el Programa a partir de 2015, así como las formas en que los mismos se dieron a conocer a los afiliados. Los resultados se exponen más adelante.

No deja de tenerse en cuenta que este Programa es solamente uno de los que tiene IOMA e incluye sólo algunas prestaciones brindadas por la institución. Por ende, no puede pretenderse que la identidad e imagen institucionales queden plasmadas a partir de este Programa. De todos modos, se parte de la idea de que cada una de las partes suma y colabora a la identidad e imagen que se busca tener como organización en su totalidad, por lo que la planificación, lógica y responsabilidad internas, y junto a una efectiva campaña de comunicación, llevarán a los fines deseados.

Algo que vale la pena mencionar es que se investigó acerca de la comunicación así como los resultados concretos del Programa (aunque no se profundizó en números como para presentar una estadística, dado que no era lo que se buscaba en este trabajo), para lo cual se tomó información empírica, obtenida mediante entrevistas, a fin de conocer y analizar si el proceso de comunicación ideado y llevado a la práctica fue o no exitoso en la práctica. Esto, sin dejar de considerar que la comunicación no es la única responsable del resultado final del Programa sino que es un elemento más que se suma a otros también importantes.

e) Estrategia

La estrategia es concebida como un “conjunto de objetivos y políticas que definen una visión del futuro para la organización, así como los programas concretos para conseguir dichos objetivos”⁹².

⁹² Ribera, Jaume y otros. Gestión en el Sector de la Salud. Gestión del Sistema y de sus Instituciones. Capítulo 12: Dirección estratégica en instituciones sanitarias. Vol. I. Editorial Pearson, 2005. Página 312

Para determinar si una estrategia en particular es o no adecuada no alcanza con una simple cuenta de resultados de un año sino que se necesitan criterios más cualitativos que posibiliten pensar en su viabilidad a largo plazo. Estos criterios son:

-Consistencia externa: es la que existe cuando los diferentes elementos de la estrategia son coherentes con los factores críticos de éxito del sector.

-Consistencia interna: se da cuando los distintos elementos de la estrategia son coherentes entre sí.

-Consistencia dinámica: es similar a la consistencia externa, pero pone el foco en la coherencia con el futuro del sector.

-Riesgo equilibrado: en toda organización existen, como mínimo, dos tipos de riesgo: el operativo, que depende de factores como la volatilidad de las ventas y el porcentaje de altos costos fijos en la Cuenta de Pérdidas y Ganancias, y el financiero, que depende de la estructura de pasivo de la empresa. La Dirección General debe equilibrar ambos tipos de riesgo a fin de lograr la continuidad en el tiempo del organismo.

-Capacidad de crear un estímulo emocional en las personas que deben ejecutar la estrategia. Es decir, la estrategia no solamente debe apelar a la mente de los que tienen que llevarla en práctica sino también a su corazón.

De todo lo anterior se desprende que debe existir una estrategia a nivel general institucionalmente hablando, a partir de lo cual se derivarán otras más particulares que tendrán que coincidir o estar en sintonía con el objetivo global. Al mismo tiempo, es fundamental para cada organización pensar en sus estrategias teniendo en cuenta las amenazas y oportunidades que presenta el entorno y no sólo en las propias fortalezas y debilidades, pues el éxito o fracaso de las mismas dependerá en gran medida del contexto

bajo el cual tuvieron lugar. Porque, “aunque las organizaciones escojan sus entornos, serán condicionadas por éstos, que las obligarán a adaptarse para sobrevivir y crecer”⁹³.

Las organizaciones, en función de su contacto con el exterior, pueden ser sistemas cerrados o abiertos. El sistema cerrado “es autosuficiente, produce él mismo la energía necesaria para desarrollar sus actividades, consume el producto resultante, tiene un crecimiento limitado y puede sufrir un deterioro por no tener controles exteriores”⁹⁴. En el abierto, en cambio, “la existencia está condicionada por el ambiente, del que obtiene la energía e información para llevar a cabo su actividad y al que exporta los resultantes, dándose una relación entre el sistema y su entorno”⁹⁵.

Como todo sistema abierto, IOMA interactúa con el contexto, en el cual incide y del que recibe influencias. Sin él, la institución no lograría sobrevivir, ya que quedaría aislada. Tanto la obra social en sí como el Programa SER fueron resultado de avances sociales. La adaptación frente a cambios externos es fundamental para la supervivencia y es lo que el organismo se esfuerza en demostrar día a día.

f) Administración y gestión

En el libro “Finanzas y Costos. Un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud”⁹⁶, sus autores hacen una distinción entre el concepto de administración y el de gestión. Mientras que la **administración** “está más ligada a los orígenes del trabajo manufacturero, evoca más la destreza de manejar y dirigir el trabajo de otros, y tiene que ver con las habilidades de comprensión y aplicación de ciertas

⁹³ Vicente, Miguel Ángel; Ayala, Juan Carlos y otros. Principios Fundamentales para la Administración de Organizaciones. Capítulo 4: Evolución del pensamiento en administración. Editorial Pearson. Buenos Aires, 2008. Página 99

⁹⁴ Varo, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Parte segunda. El hospital: una organización de servicios. Capítulo 4: La organización. Ediciones Díaz de Santos, SA. Madrid, España, 1994. Página 91

⁹⁵ Ídem

⁹⁶ Castaño, Sergio y otros. Finanzas y Costos. Un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Alfaomega Colombiana SA. Colombia, 2002

técnicas operacionales”⁹⁷, la **gestión** es más amplia y consiste en “trazar una estrategia clara y motivadora y asegurarse de que es llevada a cabo de manera sistemática y consistente”⁹⁸.

Otra definición establece que administrar significa “tomar las decisiones que guiarán a la organización por las etapas de planeación, organización, dirección y control”⁹⁹ y sugiere que el término gerente o administrador (utilizado como sinónimos) está dado para hablar de aquellas personas que ocupan puestos que suponen actividades de administración. Por lo tanto, un gerente es una persona que se encarga de “planear, organizar, dirigir y controlar la asignación de los recursos humanos, materiales, financieros y de información con el objeto de poder alcanzar las metas de la organización”¹⁰⁰.

Para lograrlo, el gerente tendrá que contar con determinadas competencias, entendidas como el “conjunto de conocimientos, habilidades, comportamientos y actitudes que una persona debe poseer para ser efectiva en un amplio abanico de puestos y en distintas clases de organizaciones”¹⁰¹.

Las competencias gerenciales claves están interrelacionadas entre sí y se distribuyen en:

- Competencia para la comunicación: se refiere a la capacidad para transferir e intercambiar información con efectividad para lograr el entendimiento. Incluye la comunicación formal, la informal y la negociación (ya explicadas anteriormente).
- Competencia para la planeación y gestión: consiste en decidir las tareas que se deberán desempeñar y de qué manera se harán, asignar recursos necesarios y, más tarde, monitorear su avance para estar seguros de que sean realizadas tal como se estipuló.
- Competencia para el trabajo en equipo: significa que grupos reducidos de personas realizan las tareas de un trabajo coordinado y, en conjunto, se convierten en responsables

⁹⁷ Ídem. Capítulo 1: Introducción, conceptos y contexto: ¿Qué es la gestión financiera y cuál su relación con la gestión integral por calidad? Página 3

⁹⁸ Ídem

⁹⁹ Hellriegel, D.; Jackson S.; Slocum J. Administración, un enfoque basado en competencias. 11ª edición. Capítulo 1: Desarrollo de las competencias gerenciales. Cengage Learning. Santa Fe, México, 2008. Página 8

¹⁰⁰ Ídem. Página 7

¹⁰¹ Ídem. Página 4

de los resultados obtenidos. El diseño de equipos (con la formulación de las metas a alcanzar, la definición de tareas y de personal requerido), la creación de un entorno de apoyo (en el que se espera un verdadero trabajo en equipo y en el que existen reconocimientos, elogios y recompensas) y la administración de la dinámica del equipo (aprovechando las fortalezas de cada uno de sus miembros para la consecución de las tareas del equipo e intentando mejorar el desempeño a partir de los conflictos grupales) conforman las dimensiones de esta competencia.

- Competencia para la acción estratégica: implica entender la misión general y los valores de la organización y garantizar que las acciones llevadas adelante por sus miembros coincidan con lo estipulado a nivel global.

- Competencia multicultural: tiene que ver con el conocimiento, la comprensión y la capacidad de responder a distintas cuestiones políticas, culturales y económicas que se presentan en distintos países, considerando que la globalización está inserta cada vez más en el mundo de los negocios.

- Competencia para la autoadministración: está vinculada al propio desarrollo de la persona y su responsabilidad en el trabajo y en su vida en general. Se asocia a la integridad y la conducta ética, la fortaleza personal, el equilibrio entre la vida personal y laboral y el conocimiento y la mejora de uno mismo.

Los gerentes, además, pueden ser de primera línea, de nivel medio o altos directivos:

-Los *gerentes de primera línea* son quienes se encargan directamente de la producción de bienes o servicios; los empleados que dependen de ellos realizan el trabajo básico de producción de la organización.

-Los *gerentes de nivel medio* son los encargados de establecer objetivos adecuados a los de la alta dirección y concretarlos en metas y planes específicos que deberán implementar los de primera línea.

-Los *altos directivos* son los responsables del curso general que seguirá una organización, de modo que se encargan de formular las metas, políticas y estrategias institucionales.

g) Funciones administrativas

Las funciones administrativas básicas para lograr las metas propuestas son cuatro: planeación, organización, dirección y control.

-*Planeación*: consiste en determinar las metas organizacionales y los medios para llegar a ellas. Las razones por las que los gerentes planean pueden ser: para establecer el curso general que seguirá la organización, para identificar y asegurar los recursos que se necesitarán para alcanzar las metas y para decidir las tareas que tendrán que llevarse a cabo.

-*Organización*: es el proceso mediante el cual se define dónde se tomarán las decisiones, quién estará en cada puesto y haciendo qué tareas y quién dependerá de quién dentro de la empresa. Con esto, la posibilidad de coordinar los recursos humanos, materiales y de información será mayor.

-*Dirección o liderazgo*: su importancia radica en motivar a terceras personas con la finalidad de que desarrollen las tareas necesarias y de la mejor manera para alcanzar las metas.

-*Control*: es el proceso por el cual una persona, grupo u organización monitorea el desempeño de manera constante y, en caso de hacer falta, implementa las acciones correctivas.

h) Gestión integral por calidad

Vinculado a esto se encuentra el concepto de **gestión integral por calidad**, cuyo fin es que una organización alcance el mayor beneficio y atienda satisfactoriamente las necesidades de todos los actores sociales relacionados a ella. Es una forma de pensamiento gerencial que integra tres aspectos: el direccionamiento estratégico, la gerencia del día a día y la transformación de la cultura:

- “El direccionamiento estratégico implica trazar un norte que oriente la organización hacia el futuro, focalizar todos los esfuerzos hacia ese norte y lograr la solidaridad de todas las personas hacia unos propósitos comunes congruentes.
- La gerencia del día a día es una agrupación de metodologías y herramientas que permiten dar a cada persona de la organización la responsabilidad y los medios para controlar sus procesos y lograr que su resultado sea predecible.
- La transformación de la cultura es un enfoque que invita a actuar para modificar actitudes que impiden el logro de los propósitos institucionales, y a su vez, que estimula o promueve los comportamientos que aportan a conseguir los objetivos propuestos”¹⁰².

i) Planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas decidir acerca del número de hijos que desean tener y determinar el intervalo entre los embarazos, lo que se logra a través de la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Así, se evitan los embarazos no deseados.

j) Métodos anticonceptivos

¹⁰² Castaño, Sergio y otros. Finanzas y Costos. Un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Capítulo 1: Introducción, conceptos y contexto: ¿Qué es la gestión financiera y cuál su relación con la gestión integral por calidad? Alfaomega Colombiana SA. Colombia, 2002. Página 3

Los métodos anticonceptivos “son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo”¹⁰³. Deben ser utilizados desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil. El acceso a ellos es un derecho amparado por la ley 25673 y la 26130, la cual establece que, a partir de la mayoría de edad, cualquier persona puede solicitar gratis y de manera autónoma la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía).

Dentro de los métodos anticonceptivos puede encontrarse:

-Preservativos: funda de látex finita, elástica y lubricada que se coloca en el pene cuando está erecto y se desenrolla hasta su base. Debe usarse durante toda la relación sexual y en cada práctica vaginal, anal y oral. Es el único método que evita simultáneamente el embarazo y protege del VIH/Sida y de otras infecciones de transmisión sexual.

-Pastillas combinadas: contienen dos hormonas similares a las producidas por el cuerpo de la mujer (estrógeno y progesterona). Si se toman correctamente, es decir, todos los días en el mismo horario, son muy efectivas para prevenir embarazos, debido a que impiden la ovulación. No protegen del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual.

- Pastillas de una sola hormona (minipíldora): no protegen del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual y pueden ser:

- Pastillas de progestágeno (Levonorgestrel 0.03 mg), recomendables para personas que están amamantando en forma exclusiva; actúan modificando el moco del cuello uterino, lo que dificulta que suban los espermatozoides.

- Pastillas anovulatorias de progestágeno (desogestrel 0, 075mg), que cambian el moco del cuello del útero y también impiden la ovulación. Estas últimas son aconsejables para quienes estén amamantando o a quienes, por razones de salud, no puedan recibir estrógenos.

¹⁰³ Métodos anticonceptivos | Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/metodos-anticonceptivos>

- Anticonceptivos inyectables: Tienen hormonas que evitan la ovulación. Algunos pueden colocarse una vez al mes y otros, cada tres meses. El efecto es el mismo que con las pastillas, con la diferencia de que no hay que tomarlas diariamente. Para que sea efectiva, la inyección mensual debe ser aplicada siempre en la misma fecha y, al igual que las pastillas, no protegen del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual.

- Dispositivo intrauterino (DIU): pequeño objeto de plástico recubierto de un hilo de cobre que se coloca dentro del útero. Al provocar cambios en el interior del útero, el espermatozoide no es capaz de fecundar al óvulo. Puede colocarse en el post parto o post aborto y es factible de ser usado por la mayoría de las mujeres, incluso por adolescentes o quienes no tuvieron hijos. Es efectivo durante cinco o diez años, según el modelo y puede ser retirado en cualquier momento que se desee. Este método anticonceptivo tampoco protege del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual.

- Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE): se utiliza después de una relación sexual sin protección (si no se usó otro método anticonceptivo o si falló el que se estaba usando) o en caso de una violación. Es considerado de emergencia porque es la última opción para prevenir un embarazo. Sólo protege en esa relación sexual y es menos efectiva que los métodos habituales. Dentro de las primeras 12 horas la efectividad es mayor, aunque puede tomarse hasta cinco días después. Lo que hace es retrasar la ovulación y espesa el moco cervical uterino y así evitar que se junten el óvulo y el espermatozoide. Si esto ya pasó, las pastillas no tienen efecto y el embarazo continúa, sin ningún daño para el embrión. No son abortivas. Viene en dos presentaciones: de una o dos pastillas. No protege del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual.

- Ligadura tubaria: este método anticonceptivo es irreversible y se realiza mediante una cirugía sencilla en las trompas de Falopio (que conectan al útero con los ovarios y permiten que el espermatozoide se junte con el óvulo). Es elegido por quienes deciden no quedar embarazadas o ya tuvieron hijos y no quieren tener más. Después de la ligadura se

sigue ovulando y menstruando normalmente y el placer sexual no cambia. No protege del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual.

- Vasectomía: también es un método anticonceptivo irreversible que se realiza a través de una cirugía en los conductos deferentes que transportan los espermatozoides del testículo al pene. Al igual que la ligadura tubaria, está destinado a quienes deciden no tener hijos o ya tuvieron y no quieren tener más. Después de la práctica, se sigue eyaculando como siempre; no afecta a las erecciones y al placer sexual. El aspecto del semen sigue siendo el mismo, aunque no contiene espermatozoides. La vasectomía comienza a ser efectiva luego de los primeros tres meses de realizada o de las primeras 20 eyaculaciones, por eso es recomendable usar otro método en ese período e ir al control médico para comprobar efectividad. No protege del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual.

-Implante subdérmico: varilla muy pequeña, finita y flexible que se coloca en el brazo (debajo de la piel), con anestesia local. El resultado es la liberación de una hormona, el progestágeno, en forma continua, que impide la ovulación. Puede ser usado por la mayoría de las personas, incluso aquellas que no pueden tomar estrógenos y quienes están amamantando, y la protección es por tres años, pudiendo ser retirado en cualquier momento. Este método anticonceptivo tampoco protege del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual.

k) Infecciones de transmisión sexual

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) se transmiten de una persona a otra durante una relación sexual. Pueden ser provocadas por más de treinta tipos de virus, bacterias y parásitos y las más comunes son: sífilis, gonorrea, clamidia, Virus del Papiloma Humano (VPH), hepatitis B y C, VIH. Estas infecciones afectan a personas de cualquier edad y orientación sexual. Se transmiten de un individuo a otro durante una relación sexual vaginal, anal u oral sin protección, aunque también puede ser por sangre, semen, líquido preseminal o fluido vaginal. Pueden no mostrar síntomas, detectándose en algunos casos sólo con un examen médico, como análisis de sangre u orina.

Los principales síntomas son: lastimaduras en la zona genital, secreciones de pus en los genitales (vagina y pene) o en el ano, ardor al orinar, flujo genital u anal diferente al habitual, dolor en la parte baja del abdomen, lesiones en la boca o manchas en la piel y verrugas genitales. Si no se tratan, las ITS pueden dejar graves secuelas.

Para evitarlas, resulta esencial el uso del preservativo desde el comienzo y durante toda la relación sexual. A ello se le añaden vacunas, como la de la hepatitis B y la del VPH.

I) Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es la gestación en mujeres que tienen entre 14 y 19 años. La Revista Pediatría Electrónica, de la Universidad de Chile, indica que hay factores de riesgo asociados a este fenómeno y que pueden ser agrupados en 3 categorías¹⁰⁴:

1. Factores de riesgo individuales, dentro de los cuales puede mencionarse: menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares, como disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales, asociados a un bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

¹⁰⁴Actualización. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918. Disponible en <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/SALUD%20ADOLESCENTE/Embarazo%20adolescente.pdf>

6. Programa SER

Ya se indagó en todo lo referido a la institución como tal; ahora es momento de interiorizarse en las “partes” que la componen, lo que permitirá descubrir si lo que dice la obra social a nivel general se cumple en cada una de las áreas que le dan sentido. Si las direcciones, subdirecciones, departamentos y áreas desarrollan sus actividades del modo correcto y en pos de un objetivo común, esa armonía se verá reflejada globalmente, brindando una imagen organizada y coherente del establecimiento.

Este trabajo no tuvo por objetivo conocer las funciones y tareas de todos los espacios que funcionan dentro de IOMA, pero sí se adentró en lo vinculado al Programa SER, de modo que lo anterior sirvió para conocer bajo qué ideología y circunstancias fue originado. A su vez, teniendo la información tanto de IOMA en general como del Programa en particular, se pudo observar si la misión, visión y valores se cumplen en la práctica. Dicho esto, se procederá a presentar el Programa en cuestión, de acuerdo a lo que dice la normativa que le dio vida.

a) Resolución 1245/06

La Resolución 1245/06, aprobada por el Honorable Directorio de IOMA en su reunión de fecha 1-11-06, dio vida al Programa SER, pero no como Programa sino como Plan. Como se dijo anteriormente, se basaba en las normativas propuestas en el artículo 6º de la Ley Provincial de Salud Reproductiva Nº 13066 y en los artículos 2º y 6º de la Reglamentación de la misma y tenía como principal objetivo “garantizar el acceso de la población a la información sobre salud sexual y reproductiva, asegurar acciones de prevención y diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades oncológicas y de transmisión sexual”¹⁰⁵. A su vez, aclaraba que “la misión del plan lleva implícita la necesidad de ocuparse no sólo de la salud física, sino también, y muy especialmente, de los aspectos preventivos y promocionales, a partir de un enfoque integral que tome en cuenta los

105 Resolución 1245/06. Aprobación del Plan SER de Salud Sexual y Reproductiva, Buenos Aires, Argentina

determinantes biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales”¹⁰⁶. Dentro del Plan, pensado y llevado a cabo para mujeres en edad fértil entre los 14 y los 50 años de edad, se incluían las consultas médicas categoría A (para examen clínico, prescripción de estudios complementarios, información, educación y prescripción de métodos anticonceptivos), los métodos complementarios de estudio (para prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, oncológicas y los previos y posteriores a la utilización del método anticonceptivo elegido) y la provisión de técnicas anticonceptivas (con cobertura del 100% en anticonceptivos orales e inyectables y en colocación y provisión de DIU, con autorización previa en Región y contemplada en el código 11.02.17 del Nomenclador Nacional).

Al ser incorporadas, se les daba a las afiliadas una chequera (válida por un año y con renovación inmediata contra entrega de la chequera anterior) en la delegación o región correspondiente a su domicilio.

El Plan tenía dos etapas, cada una de las cuales contaba con una chequera determinada:

- 1) Para mujeres menores de 35 años
- 2) Para mujeres mayores de 35 años

El circuito de las chequeras era el siguiente: ya numeradas y con número de serie, serían distribuidas por la sede central a las cabeceras regionales, encargadas de recibirlas y distribuir las a las delegaciones.

El delegado tenía que entregar la chequera según la etapa que correspondiera y confeccionar la constancia de entrega y recepción completando la planilla o cargando la información en soporte magnético, con todos los datos de la etapa de la chequera otorgada (número de chequera, etapa del Plan, apellido y nombre de la afiliada y su número de la afiliada).

La confección de planillas debía ser diaria y por duplicado y los originales serían enviados a la región semanalmente, donde se procedería a archivarlas y a individualizadas por delegación y por mes con las constancias de entrega y recepción.

106 Ídem

Al mismo tiempo, habría que confeccionar en forma diaria el registro de entrega y bajas de chequeras, así como de cobertura de adicionales (órdenes de consultas, de prácticas y de recetas). Esto, reservando toda la información para su posterior rendición mensual.

b) Resolución 3418/12

Seis años después, la Resolución 3418/12 actualiza algunos puntos, uno de los cuales es el de reemplazar el concepto de Plan por el de Programa SER, ya que el Plan “se refiere a un documento elaborado desde la política nacional que debe abarcar todos los elementos del Estado; y estar conformado por diferentes programas de distinta índole”¹⁰⁷.

En alusión a esto, podría decirse que el término plan es más global. “Un plan hace referencia a las decisiones de carácter general que expresan los lineamientos políticos fundamentales, las prioridades que se derivan de esas formulaciones, la asignación de recursos acorde a esas prioridades, las estrategias de acción y el conjunto de medios e instrumentos que se van a utilizar para alcanzar las metas y objetivos propuestos”¹⁰⁸.

El plan contiene programas y proyectos. Un programa puede definirse como “un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí y que son de similar naturaleza”¹⁰⁹. Asimismo, “operacionaliza un plan mediante la realización de acciones orientadas a alcanzar las metas y objetivos propuestos dentro de un período determinado”¹¹⁰, motivo por el cual un programa está constituido por proyectos.

Volviendo a lo anterior, tanto el Plan como el Programa SER hablan de que los métodos anticonceptivos se entregarían luego de la primera consulta médica con el ginecólogo, en

107 Resolución 3418/12. Aprobación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Buenos Aires, Argentina
108 Ander-Egg, Ezequiel y Aguilar Idáñez, María José. Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales (18ª edición). Parte 1: Algunas precisiones conceptuales y operativas en torno a la elaboración y diseño de proyectos. Editorial Lumen/Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 2005. Página 15

109 Ídem. Página 16

110 Ídem

la cual se pactaría el procedimiento a seguir. Posteriormente, se debería presentar el resumen de estudios complementarios donde el médico tratante expusiera los informes de las prácticas realizadas en el Programa y la prescripción del método anticonceptivo elegido.

El Programa estipula que la entrega se haría en forma personalizada en la región o delegación correspondiente, con el DNI, carnet de IOMA y último recibo de sueldo o de pago de la afiliada (dependiendo de si ésta fuese obligatoria o voluntaria). Este punto es idéntico al del Plan. La diferencia radica en que, en el Programa, el responsable en la delegación o región debería completar en la portada de la chequera los datos afiliatorios preimpresos en la misma, firmarla y cargarla al sistema en forma inmediata. Esto último, si se contaba con web en la delegación; de lo contrario, debería volcarse en la planilla de Alta, que sería enviada a la región correspondiente para la carga en el sistema. Es decir, que en el caso de delegaciones que no dispusieran de conectividad, debería organizarse un sistema de entregas de chequeras y carga de los datos en planillas o soporte magnético que posteriormente se entregaría a la región correspondiente para su carga en forma quincenal.

La reposición de las chequeras se llevaría a cabo cuando se hubiese cargado al sistema el 80% de las entregadas a la región con anterioridad.

c) Resolución 3541/15

A partir de la Resolución 3541/15¹¹¹, aprobada por el Directorio en la reunión del 29 de julio de 2015 y con vigencia desde el 1ro de agosto de ese año, se aprueba la ampliación del Programa SER hasta los 75 años de edad, “en pos de alcanzar los objetivos propuestos por la gestión del IOMA, adoptando a la prevención como estrategia sanitaria, aplicando políticas públicas de salud que se traduzcan en mejoras de las condiciones de vida de la

¹¹¹ Resolución 3541/15. Ampliación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva hasta los 75 años, Buenos Aires, Argentina

población afiliada”¹¹². Como puede verse, a diferencia de la resolución anterior, donde la estrategia sanitaria de cuidado era para la población en edad reproductiva hasta los 50 años, aquí se incluye a las mujeres mayores de esa edad, considerando la importancia de la realización de un control ginecológico para el diagnóstico temprano de una enfermedad oncológica.

Otra de las variaciones con respecto a la resolución que la antecede es que se plantea la posibilidad de informatizar el Programa SER, lo cual “generará bases de datos de relevamiento estadístico epidemiológico del área ginecológica, facilitará el acceso al control ginecológico de la afiliada, y logrará eliminar el uso de las chequeras”¹¹³.

Con respecto a este punto, se establece que pasará a conformarse un padrón de afiliadas entre los 14 y los 75 años a partir de la carga en sistema del papanicolau (por el especialista en patología) o la mamografía (por el especializado en diagnóstico de imágenes), teniendo en cuenta que en ese momento se realiza el control ginecológico, objetivo del Programa. De ese registro, el rango etario comprendido entre los 14 y los 50 años pasará a formar parte de un padrón para la correspondiente validación por las farmacias de las recetas de anticonceptivos; la permanencia de la afiliada en él será de un año calendario desde la realización de los estudios y se le permitirá el retiro de 13 envases de anticonceptivos hormonales, los cuales se entregarán ante la presentación del formulario-recetario de medicamentos crónicos en las farmacias adheridas a IOMA.

Si el método elegido es el dispositivo intrauterino, el profesional médico deberá realizar el pedido y la afiliada tendrá que ir a la delegación más cercana a su domicilio y pedir la chequera de provisión y colocación del DIU. La delegación, por su parte, deberá cargarla en el sistema SER.

En el apartado “Instructivo para el empleado”, la resolución detalla que, en caso de pedido de DIU, se le entregará a la afiliada la chequera de colocación de DIU nacional, en la que se incluye el bono de práctica con la provisión y colocación de ese método anticonceptivo y una ecografía ginecológica para el posterior control.

¹¹² Ídem

¹¹³ Ídem

Al mismo tiempo, agrega que, en caso de pasar del DIU a las pastillas, se deberá informar los datos afiliatorios a la Unidad de Prevención y Promoción de la Salud de IOMA, a fin de incorporar a la mujer en el padrón para validación de anticonceptivos hormonales por la vigencia del control ginecológico llevado a cabo. En cualquiera de ambos métodos elegidos, la permanencia en el Programa tendrá una validez de un año, renovándose automáticamente al realizarse el nuevo control ginecológico.

Pese a algunas diferencias en cuanto a la modalidad y puesta en marcha, tanto el Plan como el Programa coinciden en la mayor parte de sus puntos: su importancia, sus objetivos, su modo de implementación y los ejes por los cuales se lleva adelante, y es en este apartado donde aparece la comunicación. Los ejes a los que se hace mención son:

- **Sensibilización**, ya que pretende plantear las bases teóricas y operativas de un nuevo modelo que combine, entre otras particularidades, la calidad, la equidad y la eficiencia.

- **Capacitación-supervisión**, dado que el modelo de atención y organización propuesto requiere la adecuación de los roles, funciones y prácticas de los recursos humanos, así como también la implementación de mecanismos de supervisión capacitada que brinde apoyo constante al equipo de salud para alcanzar las metas propuestas.

- **Comunicación social**, porque los medios de comunicación (gráficos, audiovisuales y radiales) constituyen un recurso esencial para la difusión de mensajes de promoción y protección de la salud y la instalación del debate de distintos temas relacionados con las condiciones de vida y conductas de riesgo en la población, además de la orientación de la demanda para un uso racional de los servicios.

La resolución 3541/15 incorpora a su vez el eje “Relevamiento”, haciendo alusión al “registro de datos estadísticos-epidemiológicos y evaluación periódica del Programa contemplando estrategias de vigilancia epidemiológica”. Esto, teniendo presente que la informatización del Programa es a partir de 2015.

Vinculado a esto se encuentra otro de los apartados, en el que se hace referencia a las acciones tendientes a la puesta en práctica del Programa y dos de ellas son “Informar en forma completa y adecuada, brindando asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular a través del profesional interviniente” e “Implementar mecanismos de información, registro, seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones establecidas en el presente Programa, con evaluación periódica de las prestaciones brindadas”¹¹⁴.

Si bien quien debe brindar la información acerca de los estudios a realizarse y la conveniencia en la elección de uno u otro método anticonceptivo es del médico, se entiende que la comunicación resulta esencial al momento de dar a conocer el Programa, así como sus beneficios, alcances y novedades. Es decir, debe ser previa al ingreso al Programa (para que las afiliadas sepan de él), pero también debe continuar en el tiempo, difundiendo las incorporaciones de nuevas prestaciones o los cambios que puedan producirse. Más allá de que esto haya sido o no así cuando surgió el Plan y, luego, el Programa, se parte de la idea de que la comunicación debe estar desde un primer momento, tiene que ser clara, precisa y efectiva, para que las beneficiarias lo conozcan por IOMA y no por el médico u otras afiliadas; cuanto más información se brinde, menos probabilidad existe de que hayan malos entendidos o de que muchas mujeres queden fuera del Programa por no haber sabido de él.

A diferencia de lo que puede ocurrir con otras obras sociales, la mayoría de los afiliados de IOMA tiene un nivel secundario, terciario o universitario. Gracias a ello, el tema de la salud sexual y reproductiva no les es ajeno, sino que es algo que conocen, independientemente de lo que pueda decir la institución al respecto. Además, pertenecen a una población que se cuida (ya sea porque quieren estudiar o desarrollarse profesionalmente), de modo que, tal como indicó una de las entrevistadas “el hecho de planificar ayuda también a que se cuiden, porque la mayoría viene por el anticonceptivo, para no quedar embarazada, y a

¹¹⁴ Resolución 3418/12. Aprobación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Buenos Aires, Argentina

nosotros nos sirve; es decir, la estás cuidando de otra forma también, porque estás cuidando que no se pesque un HPV, que no tenga sífilis, que no tenga HIV, por lo menos, detectar, un cáncer”.

En el apartado de Metodología se profundizará en los materiales comunicacionales elaborados para dar a conocer el Plan/Programa, así como sus cambios (si es que hubo) en el tiempo. Se verá qué productos fueron diseñados y repartidos para tal fin y cómo fue la logística de distribución, con el objetivo de analizar si esto influyó de alguna manera en el conocimiento del Plan/Programa por parte de las afiliadas destinatarias.

7. Marco metodológico

Un método es un camino que nos acerca a una determinada meta. El método científico, que es el que se lleva adelante en un trabajo como éste, es el “procedimiento o conjunto de procedimientos que se utilizan para obtener conocimientos científicos, el modelo de trabajo o pauta general que orienta la investigación”¹¹⁵. Es decir, “sigue procedimientos que responden a una estructura lógica previa”¹¹⁶ y consiste en un “sistema de relaciones entre hipótesis y derivaciones empíricas organizadas y clasificadas sobre la base de principios explicativos”¹¹⁷. El estudio del método es, en consecuencia, la metodología, cuya tarea es examinar, valorar, refutar o corroborar su eficacia.

Los métodos pueden ser cuantitativos o cualitativos. Los primeros “se enmarcan en una concepción positivista, que aplican controles rígidos a situaciones ‘artificiales’ y en cuya aplicación el investigador intenta operar manteniendo cierta distancia y neutralidad”¹¹⁸. En los cualitativos, por el contrario, “se actúa sobre contextos ‘reales’ y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos”¹¹⁹.

En esta oportunidad, se recurrió al método cualitativo, dado que se entiende que el Programa SER fue originado bajo un contexto propicio, que buscaba garantizar el acceso de sus afiliadas a la información sobre salud sexual y reproductiva así como asegurar acciones de prevención sobre salud y diagnóstico temprano y adecuado de las enfermedades oncológicas y de transmisión sexual. Asimismo, y considerando la importancia de la realización del control ginecológico en mujeres mayores de 50 años para la prevención y/o el temprano diagnóstico de una patología oncológica, es que se amplió

¹¹⁵ Sabino, Carlos. El proceso de investigación. Capítulo 2: Conocimiento y método. Lumen Argentina, Argentina, 2013. Página 33

¹¹⁶ Díaz, Esther. Metodología de las ciencias sociales. 4a. reimp. Capítulo 1: Conocimiento, ciencia y epistemología. Editorial Biblos Metodologías, Buenos Aires, Argentina, 2010. Página 16

¹¹⁷ Ídem

¹¹⁸ Vasilachis de Gialdino, Irene. Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos. Tesis Nº 6: Los métodos cualitativos suponen y realizan los presupuestos del paradigma interpretativo. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, Argentina, 1992. Página 57

¹¹⁹ Ídem

la edad de 50 a 75 años para acceder al Programa. Si no se hubiesen dado estas condiciones, posiblemente el Plan y posterior Programa SER no hubiese visto la luz, o lo habría hecho de una manera distinta.

La investigación cualitativa consta de cuatro fases, las cuales fueron fundamentales para la preparación de este trabajo:

-Invencción (diseño de investigación): da lugar a un plan de acción.

-Descubrimiento (recolección de datos): indica una fase de observación y medida y genera información.

-Interpretación (análisis): señala una fase de evaluación o análisis y da lugar a la comprensión.

-Explicación (documentación): alude a una etapa de comunicación porque produce mensajes.

Cabe destacar que este tipo de investigación tiene un patrón cíclico, dado que las actividades se repiten todo el tiempo de acuerdo a la información obtenida de las observaciones en cada una de estas fases y, también, porque van surgiendo aspectos que, al ser propios de una situación social, llevan a nuevos planteos y cuestionamientos.

Como se dijo, la metodología elegida para llevar adelante el trabajo fue la cualitativa, ya que la idea fue indagar en los motivos por los que se originó el Programa, bajo qué contexto, a qué segmento, con qué objetivos, de qué forma se determinó su campaña de comunicación, cuáles fueron los cambios que fue teniendo en el tiempo y por qué, entre otras cosas. Para lograr esto, se recurrió a la técnica de recopilación y análisis documental (tanto en papel como digital) y a la realización de entrevistas a personal involucrado en su armado y puesta en marcha. A partir de allí, se arribó a conclusiones que dieron luz al tema de investigación y permitieron conocer si la finalidad del proceso de comunicación se cumplió o no en la práctica.

a) ¿Cómo se dio a conocer el Programa SER?

En un trabajo conjunto entre la Unidad de Prevención y Promoción de la Salud (UPPS) y el área de Comunicación Institucional, se llevó adelante todo lo vinculado al Programa SER. El primer sector se encargó de lo referido a lo prestacional, mientras que el segundo se dedicó a indagar en la mejor forma de darlo a conocer.

Debido a que el objeto de este trabajo fue bucear en la gestión del proceso de comunicación del Programa en cuestión, es momento de hablar de los materiales que se prepararon y distribuyeron para difundirlo.

Como ya se mencionó, el sector encargado del diseño y elaboración de los materiales está compuesto por licenciados en Comunicación Social (con orientación en Periodismo y en Planificación Comunicacional), licenciados en Comunicación Visual y un fotógrafo. Todos ellos se concentran en una oficina de la sede central de IOMA, en La Plata, y participaron en la gestión del proceso de comunicación del Programa SER. Las entrevistas fueron realizadas a dos periodistas y una de las diseñadoras. El resto, a su vez, hizo comentarios similares a los indagados y que también fueron tenidos en cuenta durante la investigación. Sus observaciones, interpretaciones y sugerencias resultaron de gran utilidad, al igual que los bocetos y productos finales de los materiales comunicacionales. El área vinculada a lo prestacional, por su parte, está formado actualmente por un administrativo y una partera. El primero está allí desde el inicio del Programa (antes compartía su tarea con una pediatra, quien ahora está en otro de los Programas del Instituto), mientras que la segunda lo hace desde 2011. Ambos fueron entrevistados. Del mismo modo que los profesionales de la comunicación, ellos fueron vitales para la concreción de los objetivos de este trabajo dado que conocen el Programa, su alcance y sus puntos fuertes y débiles como ningún otro empleado del organismo. Al mismo tiempo, se entiende que quien viene trabajando en el Programa desde sus comienzos tiene una visión más amplia y rica que quien se incorporó luego acerca de las modificaciones que se fueron dando en el tiempo, los aciertos o desaciertos.

A partir de lo anterior, y de acuerdo a lo que surgió de las entrevistas realizadas, el equipo de Comunicación, junto con las áreas técnicas que desarrollaron el Programa, acordaron lineamientos generales para darlo a conocer, dentro de lo que puede encontrarse la información a comunicar, el formato más conveniente, fechas y plazos. Además, se tuvieron en cuenta cuestiones técnicas y operativas, tales como disponibilidad de recursos financieros para llevar adelante las campañas y publicaciones gráficas. A partir de lo anterior fue que se definió la campaña comunicacional.

b) Mecanismo y materiales elaborados

Para dar cuenta del mecanismo utilizado, uno de los entrevistados contó que al área de Prensa (actualmente, área de Comunicación Institucional) se solicitaba desde cada sector o Programa de IOMA un pedido para difundir, informar o dar a conocer. El problema era que esos pedidos se hacían cuando el contenido del Programa estaba culminado, lo cual implicaba que el sector encargado de la comunicación llegaba al pedido de difusión “al final de la cadena de montaje y no ‘durante’, o lo que sería óptimo, al inicio”. Una de las consecuencias era que, para ese momento, no solamente no era sencillo sino que hasta no resultaba operativo pensar un público destinatario específico, un enfoque, un alcance, un impacto efectivo o la aconsejada adecuación del mensaje.

A ello se le añade que tampoco estaba acordado un seguimiento de la información y el modo en que era recibida y decodificada. Es decir, no se evaluaban esos recorridos.

El pedido de difusión surgía de una motivación de los referentes de la Unidad de Prevención y Promoción de la Salud (UPPS). No obstante, a la coordinación del área de Comunicación esta petición llegaba en forma directa y personalizada por el entonces Presidente del Instituto, que era quien validaba cada contenido y cada pieza.

A partir de lo anterior, ese proceso de comunicación –el entrevistado dijo que no lo denominaría campaña- era entonces propuesto por la coordinación del área, con el consentimiento del máximo referente de IOMA.

En este punto podría hacerse la distinción entre culturas fuertes o adaptativas y las débiles o inertes: mientras que las adaptativas “son aquellas cuyos valores y normas ayudan a una organización a crear impulso, a crecer y cambiar según sea necesario, para alcanzar sus metas y ser eficaz”¹²⁰, las inertes, en cambio, “son aquellas cuyos valores y normas no logran motivar o inspirar a los empleados; llevan al estancamiento y con frecuencia al fracaso final”¹²¹.

En las culturas adaptativas existe un “alto grado de comunidad, tanto de ideas como de sentimiento”¹²², los empleados reciben frecuentemente recompensas asociadas a su desempeño y al de la compañía y hay consenso respecto de los objetivos e ideales de la organización, lo que origina cohesión, fidelidad y compromiso con la institución. En las inertes, por el contrario, se establecen en general malas relaciones laborales entre la organización y sus miembros, de modo que es común la falta de colaboración, pereza y desgano. Al haber poco compromiso por parte de los empleados, en muchos casos, se ve afectada la imagen pública del establecimiento.

Existen también las culturas tendientes al cierre o a la apertura y ellas se dan por la relación de las organizaciones con el contexto. Las primeras “muestran ser muy poco flexibles frente a los cambios en el entorno, y suelen sostener su status quo”¹²³, lo que puede derivar en el aislamiento de la institución como consecuencia de no lograr adaptarse a los cambios externos.

Las culturas con tendencia a la apertura, por el contrario, “presentan una actitud flexible a las variaciones del entorno y se muestran sumamente dispuestas a los cambios”¹²⁴. Esto permite que la organización sea más innovadora y tenga mayor vigencia en el tiempo.

¹²⁰ Jones, Gareth y George, Jennifer. Administración contemporánea. 6ª edición. Capítulo 10: Administración de la estructura y la cultura organizacional. McGraw-Hill Editores, México, 2010. Página 375

¹²¹ Ídem

¹²² González Frígoli, Martín. En clave comunicacional. La importancia del diagnóstico y el conocimiento de la cultura organizacional para la generación de estrategias de cambio y transformación desde la comunicación interna en las organizaciones. Tesis Doctorado en Comunicación. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata, 2016. Página 39

¹²³ Ídem. Página 41

¹²⁴ Ídem

Si bien estas distinciones no se dan con tanta naturalidad, se cree que es importante distinguir las características que las diferentes culturas organizacionales pueden adquirir ya que ayuda a entender por qué se toman ciertas decisiones dentro de la institución y en qué medida el entorno incide en el desarrollo de la misma.

Volviendo al tema del trabajo, a decir de los consultados, y sin el convencimiento de que estaría garantizada la efectividad de la campaña con la modalidad de difusión elegida, el resultado consistió en la elaboración de gacetillas para enviar a medios y folletos para ser distribuidos en los puntos de contacto con el afiliado (más de 190 centros de atención en toda la provincia de Buenos Aires). Las gacetillas se enviaban por mail, con texto adjuntado en un Word, mientras que la folletería lo hacía a través de un tríptico pensado para distribuir en delegaciones y regiones. Se apostó a medios tradicionales como prensa gráfica y sitios web, y se realizaron charlas con directores regionales y trabajadores de la institución con el propósito de capacitarlos acerca de los alcances, requisitos y objetivos del Programa. Luego, se armaron banners para colocar en las delegaciones.

Estos materiales fueron elegidos porque eran las piezas y procedimientos que más se utilizaban en ese momento. La producción de videos, de circulación escasa por su tamaño y compresión, se realizaba sólo para algún acto institucional, a modo ilustrativo, y para un público muy focalizado.

Debido a que al momento del lanzamiento, el uso y desarrollo de redes sociales institucionales no estaba difundido, no se tuvo en cuenta esa posibilidad, de modo que la llegada estuvo más restringida de lo que ocurre actualmente.

c) Diseño

Los diseñadores del área fueron esenciales para traducir en imagen lo que se buscaba con el Plan y, luego, Programa SER. Ellos fueron los responsables de plasmar visualmente lo escrito por los comunicadores sociales, en base a lo encargado por la máxima autoridad.

El logo del Plan era:



Plan de Salud Sexual y Reproductiva

También se encargaron de diseñar las chequeras: la de las consultas y prácticas médicas tenía la presentación que se detalla a continuación:

Formato: 170 x 100 mm
Tintas: Magenta y negro

contratapa

tapa

Plan de Salud Sexual y Reproductiva

El Plan de Salud Sexual y Reproductiva asegura las acciones de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual y cáncer génito mamario

Nombre y apellido	
Nº de afiliado	
Nº de documento	Edad

Firma y aclaración del responsable de la Región

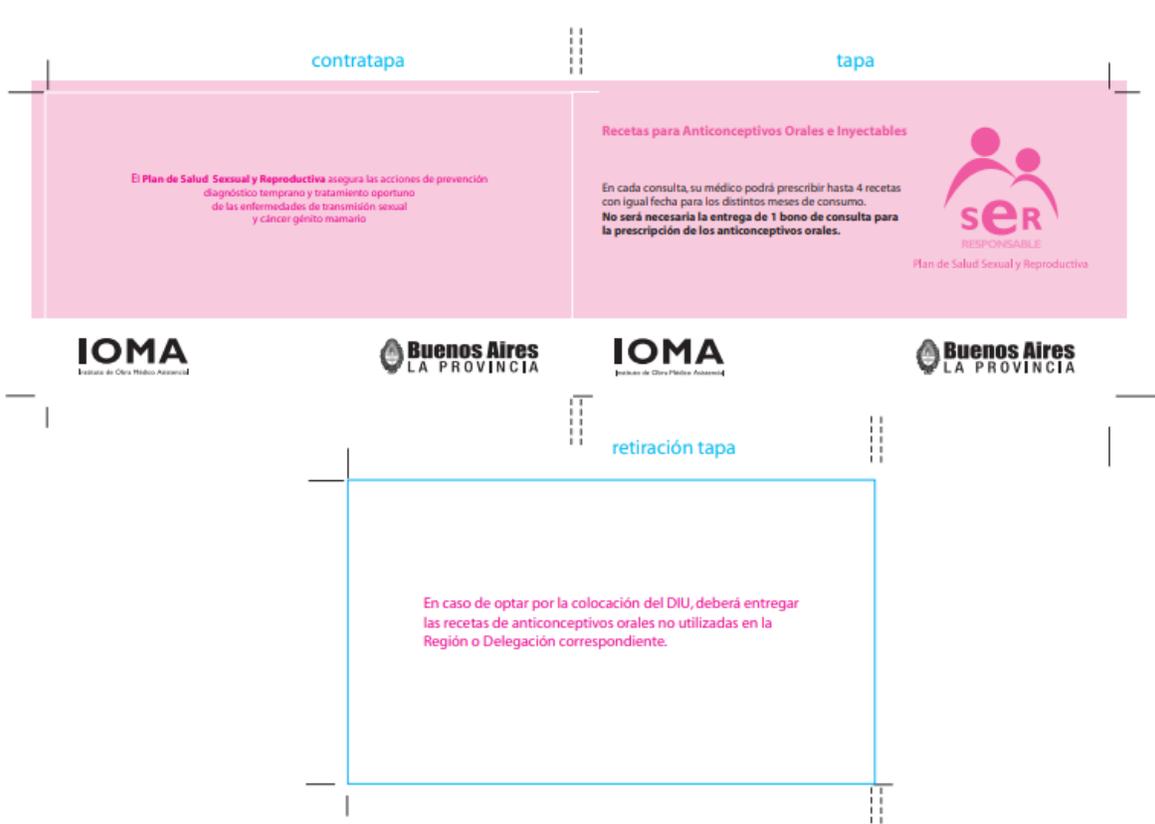
Instituto de Obra Médico Asistencial

Instituto de Obra Médico Asistencial

La de DIU tenía el siguiente diseño:



La de pastillas anticonceptivas, por su parte, estaba diseñada así:



Cuando se pasó del Plan al Programa, la chequera de las consultas/prácticas médicas y la de anticonceptivos orales fueron eliminadas, dando lugar al surgimiento del sistema online, y sólo se mantuvo la del DIU, que continuó (y continúa) siendo igual a la que se

presentó anteriormente. De las otras puede haber, pero sólo de las que quedaron impresas.

De acuerdo a uno de los encargados del Programa, “había veces que faltaban chequeras por parte nuestra, la imprenta no nos mandaba y entonces no podíamos entregar a las delegaciones, entonces teníamos el problema de tener que sellar recetas y un montón de cosas; como así también pasó que, con la inundación, se mojaron todas las cajas acá y hubo que solucionarlo a través de sello y firma, que no había en una delegación y que no había en otra y todos los días teníamos un problema distinto entonces, con el sistema, se agilizó”.

Una vez que se convirtió en Programa, además de dejar de lado las chequeras, el logo pasó a ser:



Como puede advertirse, tanto el Plan como el Programa le dieron gran relevancia al color rosa, que predominó en el logo y las chequeras. Uno de los motivos pudo haber sido el hecho de que esa tonalidad está muy asociada a las mujeres, sus destinatarias primarias. Si bien hoy los matices ya no son excluyentes del mundo femenino o masculino, no hay que olvidar que tanto el Plan como el Programa fueron lanzados hace varios años, en los cuales estas cuestiones aún no estaban en discusión.

Las siluetas de diferente altura, por su parte, bien podrían aludir a dos mujeres de diferente edad, una adulta y la otra adolescente, teniendo en consideración que el Plan y el Programa estaban dirigidos a un extenso espectro etario (aún hoy sigue siendo así; es más, se amplió la edad para estar dentro del Programa).

Algo que podría diferenciarse en el diseño entre el Plan y el Programa es el tamaño de las letras y las palabras incluidas: en el Plan, la “E” de “SER” está en mayúscula, mientras que la “S” y la “R” están en minúscula. Una de las hipótesis sería que la “S” y la “R” hacen referencia a la Salud/Sexual y Reproductiva. La “E”, en este caso, no haría mención a ninguna de las palabras del Plan, de modo que se diferencia estando en mayúscula. Otra opción sería que, al estar entremedio de la “S” y la “R” y ser, por ende, más visible, se buscó que estuviese en un mayor tamaño que las demás.

Al estar, además, el “RESPONSABLE” de abajo todo en mayúscula, existe una mayor sintonía a la vista. La finalidad, entonces, es que la persona lea que tiene que “SER RESPONSABLE”.

En el Programa el “SER”, en cambio, todas las letras están en mayúsculas y se abandonó el “RESPONSABLE” del Plan. Así, esa corta y simple palabra que quedó hace mención al ser, al ser humano, al ser parte del Programa y a ser comprometidos con nuestra salud sexual y reproductiva.

d) Folletería

Como dijeron los entrevistados, tanto el Plan como el Programa tuvieron folletos realizados dentro del área. Varios de ellos aparecen en carpetas pertenecientes al sector, dentro de las cuales contienen la mayoría de lo producido por sus periodistas y diseñadores. Y se dice “la mayoría” ya que el folleto más actual del Programa, por ejemplo, no está impreso, sino sólo en formato digital, con lo cual es posible que esto haya ocurrido también con otros productos. Otro de los canales de comunicación fue y sigue siendo la página web de IOMA: actualmente, en la sección “Programas para vos” está el SER, con sus objetivos, requisitos para ingresar, cobertura, el folleto explicativo y

un link que lleva a información sobre enfermedades de transmisión sexual. Además, se hace mención al cobro indebido (es decir, cuando se paga más de lo estipulado en los valores vigentes) y hay un teléfono y mail de contacto del Programa.

Volviendo a los folletos primeramente mencionados, en la tapa del más antiguo del Plan dice “SER RESPONSABLE” y dentro hay información sobre el mismo: destaca que “asegura las acciones de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual y cáncer genito mamario”, dice que está dirigido a mujeres en edad fértil y habla de la importancia de la información y la libertad al momento de decidir cuándo y cuántos hijos tener, entre otras cosas. Al mismo tiempo, explica las dos etapas del Plan y la cobertura de cada una de ellas. En el dorso, hace mención a los objetivos y cita estadísticas sobre embarazos adolescentes y muertes maternas por abortos en la provincia de Buenos Aires.

En la Provincia de Buenos Aires las principales causas de muerte materna en adolescentes se deben a abortos.

Del 20 al 25% del total de los nacimientos en la Provincia corresponden a embarazos adolescentes.

En nuestro país 120.000 niños nacen cada año de madres menores de 19 años, de estos niños el 35% son el segundo y hasta el tercer hijo.

CONSULTAS

prensa@ioma.gba.gov.ar
www.ioma.gba.gov.ar

Plan de Salud Sexual y Reproductiva



IOMA
Instituto de Obras Médico Asistenciales



IOMA
Instituto de Obras Médico Asistenciales



El Plan de Salud Sexual y Reproductiva asegura las acciones de prevención diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual y cáncer mamario.

Este plan está dirigido a todas las mujeres en edad fértil.
Promueve la capacidad de los individuos y las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos con la absoluta libertad de decidir de manera responsable sobre cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud en la etapa post reproductiva.

El ejercicio de una sexualidad desinformada y sin recursos de protección genera elevados costos económicos, psicológicos y sociales y deriva en embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos y/o alteraciones psicológicas.

ETAPAS

El plan se divide en 2 etapas, a cada una le corresponde una chequera específica con órdenes para la realización de prácticas, consultas médicas, recetarios para anticonceptivos y colocación y provisión de DIU.

La chequera tiene 1 (un) año de vigencia con renovación inmediata contra-entrega de la anterior. Podrá retirarse en la Delegación o Región correspondiente al domicilio del afiliado, presentando:

- Credencial
- Último recibo de sueldo, o último recibo de pago
- Documento Nacional de Identidad

Las consultas y prácticas incluidas en el programa tienen una cobertura al 100% para profesionales categoría "A" y no requieren autorización previa.

ETAPA I

Mujeres hasta 35 años inclusive - INGRESO
3 Bonos de consulta
1 Práctica de laboratorio
1 Ecografía ginecológica
1 PAP
1 Colposcopia
1 Orden preimpresa para colocación y provisión de DIU
13 Recetas para anticonceptivos

Mujeres hasta 35 años inclusive - SEGUIMIENTO
2 Bonos de consulta
1 Práctica de laboratorio
1 PAP
1 Colposcopia
13 Recetas para anticonceptivos

ETAPA II

Mujeres mayores de 35 años - INGRESO
3 Bonos de consulta
1 Práctica de laboratorio
1 Ecografía ginecológica
1 PAP
1 Colposcopia
1 Mamografía
1 Orden preimpresa para colocación y provisión de DIU
13 Recetas para anticonceptivos

Mujeres mayores de 35 años - SEGUIMIENTO
2 Bonos de consulta
1 Práctica de laboratorio
1 PAP
1 Colposcopia
1 Mamografía
13 Recetas para anticonceptivos

Órdenes de consulta o de prácticas adicionales
Deberán ser solicitadas, con Resumen de Historia Clínica, en la Delegación o Región donde serán autorizadas por el médico auditor.

Toda patología detectada por examen clínico y estudios complementarios se resolverá según las normas actuales de cobertura de la obra social.

Los métodos y elementos anticonceptivos, que deben ser de carácter reversible y no abortivos, se suministran sobre la base de estudios previos respetando los criterios o convicciones de los beneficiarios, salvo contraindicación médica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica).

Otro de los productos dice expresamente “PREVENCIÓN” y, al igual que el anterior, “SER RESPONSABLE. PLAN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”. Este material es más completo que el primero en el sentido de que dedica cada una de sus partes a un tema diferente: cáncer de cuello uterino, VIH, planificación familiar y cáncer de mama. En este caso, ya no se hace referencia a lo prestacional propiamente dicho, sino que es más que nada explicativo. Viendo que los logos de la Provincia coinciden, se entiende que ambos materiales fueron realizados en el mismo período, de modo que bien pudieron haber sido complementarios uno del otro.

Instituto de Otorrinolaringología
IOMA

Plan de Salud Sexual y Reproductiva

RESPONSABLE



PREVENCIÓN



prensa@ioma.gba.gov.ar
www.ioma.gba.gov.ar

IOMA
Instituto de Otorrinolaringología

 Gobierno de la
Provincia
de Buenos Aires

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de los pechos. Constituye la primera causa de muerte de mujeres entre 25 y 45 años. Está comprobado, que el 23 % de la población femenina sufre o ha sufrido esta enfermedad. La detección precoz es una herramienta indispensable.

- Una vez al mes (entre el 5° y el 10° día del ciclo menstrual), debe efectuarse un auto examen mamario en busca de anomalías o bultos en los pechos.
- Toda mujer mayor de 30 años debe realizar una consulta anual con el médico especialista.
- A partir de los 35 años se recomienda realizar una mamografía cada dos años.
- Las anomalías benignas de la mama deben ser controladas a fin de descubrir a tiempo (en caso de que surjan) las anomalías malignas y de este modo aumentar las posibilidades de curación.

Se ha demostrado que una de cada diez mujeres podría presentar cáncer de mama en algún momento de su vida, siendo más frecuente entre los 45 y 65 años.

Además, existen factores de riesgo que deben tenerse en cuenta:

- Antecedentes familiares de cáncer de mama (madre, hermanas y tías)
- Menarca (primera regla) temprana y menopausia (última regla) tardía
- Nacimiento del primer hijo después de los 30 años
- Mujeres sin hijos
- Estrés
- Radiaciones
- Dieta rica en grasas
- Sobrepeso

La autoexploración mamaria es una técnica que consiste en la observación y la palpación de las mamas. Permite detectar la aparición de alteraciones en la forma o el tamaño de los senos y de esta manera poder tratarlas en forma precoz.

Se deben examinar las mamas una vez al mes, en la semana posterior a la menstruación. Para que esta práctica se convierta en un hábito, es conveniente que se realice desde la adolescencia.

PALPACIÓN OBSERVACIÓN

Delante del espejo, se debe observar que las mamas tengan la misma forma y tamaño de siempre, y que la piel esté lisa y sin asperezas. Luego, presionar suavemente el pezón para ver si sale alguna secreción y examinar si la areola tiene el mismo tamaño y forma, si las rugosidades han cambiado o si hay alguna mancha o coloración anormal.

Luego levantar los brazos y comprobar que no haya diferencia entre uno y otro pecho o entre una axila y la otra.

Para examinar la mama derecha es necesario acostarse, colocar una pequeña almohada bajo el hombro derecho y situar el brazo detrás de la cabeza al nivel de la nuca.

Con los tres dedos centrales juntos y planos de la mano izquierda realizar movimientos concéntricos alrededor de la mama, presionando suavemente con la yema de los dedos y efectuando movimientos circulares en cada punto palpado, desde la periferia de la mama hasta el pezón y en el sentido de las agujas del reloj.

En la misma posición palpar la axila para detectar la aparición de bultos, para ello desplazar la mano a lo largo de toda la axila realizando movimientos circulares.

Realizar los mismos pasos para la mama izquierda.

Si se detecta la presencia de nódulos, secreciones provenientes del pezón o se observa alguna alteración en la piel de la mama o el pezón, no hay que alarmarse puede tratarse de una alteración benigna, sin embargo es indispensable consultar con el médico.

El cáncer de cuello uterino es una de las enfermedades más frecuentes en la Provincia de Buenos Aires. Ocupa el tercer lugar después de los de mama y colon, según datos del Registro Provincial de Cáncer. Las más afectadas por esta patología tienen entre 30 y 39 años. La práctica anual de Papanicolaou permite detectarlo a tiempo.

- Un control anual es suficiente para detectar el cáncer en su primer estadio curable con un tratamiento quirúrgico mínimo (biopsia ampliada).
- No hay una edad preestablecida a partir de la cual haya que realizarse el Papanicolaou. Se debe tomar como punto de referencia la iniciación sexual.
- El Papanicolaou permite analizar las células del cuello uterino mediante un examen de laboratorio. Es el método más eficaz para detectar si hay lesiones anormales en el cuello del útero que puedan dar lugar a casos de cáncer. Además es el único estudio que permite detectar los signos de esta enfermedad mucho antes de que la mujer tenga síntomas.
- La Colposcopia es una prueba que se hace en la consulta ginecológica y ofrece una observación ampliada del cuello del útero, de esta forma es posible visualizar eventuales lesiones.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL CONTROL?

- Porque si la enfermedad se detecta en sus primeros estadios es fácilmente curable.
- Porque el cáncer da síntomas luego de varios años, cuando está avanzado.
- Porque en los primeros estadios sólo se puede detectar con un Papanicolaou y/o con una colposcopia.
- Porque el chequeo es inocuo (no produce daño) e indoloro.

El SIDA es una enfermedad infecciosa producida por el virus VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El VIH se encuentra en todos los líquidos orgánicos del infectado: sangre, semen, saliva, lágrimas, leche materna, calostro, orina, secreciones uterinas y vaginales y en el líquido preseminal. Pero sólo la sangre, el líquido preseminal, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna, presentan una concentración suficiente como para producir el contagio. Esta enfermedad se puede prevenir, conociendo los mecanismos de transmisión se evita el contagio.

¿CÓMO SE TRANSMITE?

VIA SEXUAL
Por mantener relaciones sexuales sin protección (vaginales, orales y anales). El 47 % de los contagios se previene por esta vía.

VIA SANGUÍNEA
Por compartir jeringas y objetos punzantes o cortantes contaminados con sangre, usar cepillos de dientes y maquinillas de afeitar del infectado, o a través de transfusiones de sangre no controladas. Los enfermos reumáticos que están en tratamiento de diálisis, no deben compartir filtros. El 44 % de los contagios se produce por esta vía.

VIA PERINATAL
El contagio de madre a hijo puede ocurrir antes, durante o después del parto:

- En el útero por vía placentaria.
- Durante el parto, por el contacto del recién nacido con la sangre de la madre infectada.
- En la lactancia, a través de la leche materna.

El porcentaje de contagio por vía perinatal es del 6%, constituyendo el principal mecanismo de adquisición del SIDA en los niños.

¿CÓMO NO SE TRANSMITE?
A través de un espermatozoide, la picadura de un mosquito, la depilación con cera, la saliva, las lágrimas, el sudor, el aire y el agua. Tiempos son vehículos de contagio los alimentos, practicar deportes, besarnos, abrazarnos, darnos la mano, jugar, trabajar o estudiar, bañarnos en duchas o piscinas e intercambiar nos la ropa con infectados. Nadie puede contagiarse por donar sangre. La extracción de sangre se efectúa con material descartable, por lo que el donante no corre riesgo alguno. Quien recibe una transfusión debidamente controlada no tiene peligro. Todo procedimiento que implique riesgo de corte o punción, debe ser efectuado con material debidamente esterilizado.

Planificación familiar es poder decidir si se quiere tener hijos o no, elegir cuántos y en qué momento. Es también evitar abortos o la llegada de un bebé no deseado.

¿Por qué es importante planificar?
Porque hay mayores riesgos para mamá y bebé cuando los embarazos son muy seguidos y la mamá es demasiado joven o tiene más de 35 años. El parto precoz y el aborto en condiciones de riesgo, ponen en peligro la salud y la fertilidad. Existen distintas alternativas para cuidarse. Cada mujer y cada pareja es diferente, la consulta con el médico es fundamental para elegir la más adecuada. Es importante que la decisión sea tomada en pareja para compartir la responsabilidad. Los métodos anticonceptivos evitan embarazos no deseados.

¿Cuál es la mejor manera de cuidarse?
Métodos anticonceptivos más utilizados

ARTIFICIALES
Píldoras anticonceptivas contienen hormonas que impiden que la mujer ovule, anulando la posibilidad de embarazo.
DIU: es un pequeño objeto de plástico blando, con un delgado hilo de cobre enrollado, que se coloca en el interior del útero y evita el acceso de los espermatozoides. Si bien estos dos métodos no protegen a la mujer de las enfermedades de transmisión sexual, son los más confiables para evitar embarazos. Si se combinan con el uso de preservativos resultan 100% eficaces.

NATURALES
Consisten en abstinencia de mantener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer. Para ello es necesario detectar cuando se produce la ovulación, mediante un seguimiento de los ciclos menstruales. Debido a la irregularidad que presentan algunas mujeres, este método no siempre es seguro para evitar embarazos.

La gama de colores utilizada fue rosa, blanco y celeste (dos colores suaves que van muy bien con el rosado característico del Plan).

Un tercer y más actual material dice “Aprendiendo a cuidarnos” y trata cuatro tópicos: la Procreación responsable, el Control prenatal, el Cáncer de cuello uterino y el Cáncer de mama. En ellos se hace hincapié en los exámenes y prácticas médicas a realizarse y cubiertos por la obra social, síntomas, factores de riesgo y métodos anticonceptivos (en este caso, se insiste en la importancia de la información y la facultad de poder elegir libremente un método anticonceptivo adecuado).

APRENDIENDO A CUIDARNOS



APRENDIENDO A CUIDARNOS



"Comunicación con la Profesión y Promoción de la Salud y con la Opción del Paciente Médico"



Instituto de Obra Médico Asistencial



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Procreación responsable / Control prenatal
Cáncer de cuello uterino / Cáncer de mama



Control prenatal

El control prenatal tiene como fin controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, puerperio y la crianza del recién nacido.

Debe iniciarse en cuanto se confirma la gestación y continuarse en forma periódica y repetitiva hasta el final del embarazo y el puerperio.

Los controles deben realizarse siguiendo el criterio del médico.

EXÁMENES Y PRÁCTICAS MÉDICAS A REALIZARSE EN EL CONTROL PRENATAL

- Test de Embarazo para confirmarlo
- Análisis de laboratorio de sangre y orina
- Toma de muestra de secreción vaginal, si fuera necesario.
- Papanicolaou y colposcopia
- Ecografía obstétrica
- Monitoreo fetal

Un embarazo controlado es un embarazo acompañado.

Cáncer de cuello uterino

DETECTADO A TIEMPO, SE PUEDE CURAR, POR LO QUE RESULTA PRIMORDIAL:

- Examen ginecológico una vez al año
- Papanicolaou
- Colposcopia

No es una enfermedad mortal. Sólo se llega a esa instancia cuando se convierte en invasora. Su evolución es de cinco a diez años.

Se puede detectar con un Papanicolaou.

EN ETAPAS AVANZADAS PUEDE PRODUCIR:

- Sangrado vaginal anormal
- Secreción vaginal inusual
- Dolores durante las relaciones sexuales.

FACTORES DE RIESGO:

- El Virus del Papiloma Humano (VPH) es el factor de riesgo fundamental. El uso del preservativo reduce las posibilidades de contagio de este virus en un 70%.
- Tener más de dos hijos y/o usar píldoras anticonceptivas 5 años o más eleva el riesgo si se tiene VPH.
- Primer embarazo antes de los 18 años.
- Inmunosupresión.

Procreación responsable

Es la facultad de poder elegir libremente un método anticonceptivo adecuado, para definir la posibilidad de tener hijos, cuántos, cuándo y el intervalo entre ellos.

Incluye el derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados y la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/SIDA.

Todos tienen derecho a informarse y elegir cómo cuidarse.

MÉTODOS:

- Preservativo - único método que además protege del HIV y de otras enfermedades de transmisión sexual.
- Anticonceptivos orales o inyectables.
- Espiral o DIU.
- Ligadura tubaria o vasectomía - método quirúrgico e irreversible.

El mejor método anticonceptivo es el que cada uno elija.

CONTROLES QUE ES CONVENIENTE REALIZAR PARA COMENZAR CON LA ANTICONCEPCIÓN:

- Papanicolaou y colposcopia
- Análisis de laboratorio de rutina
- Ecografía ginecológica

Cáncer de mama

ES FUNDAMENTAL LA PREVENCIÓN Y LA DETECCIÓN TEMPRANA.

Las posibilidades de contraerlo son tan altas como las de evitarlo.

SÓLO ES NECESARIO:

- Control ginecológico periódico
- Mamografía

La detección temprana eleva el porcentaje de curación a más del 90%.

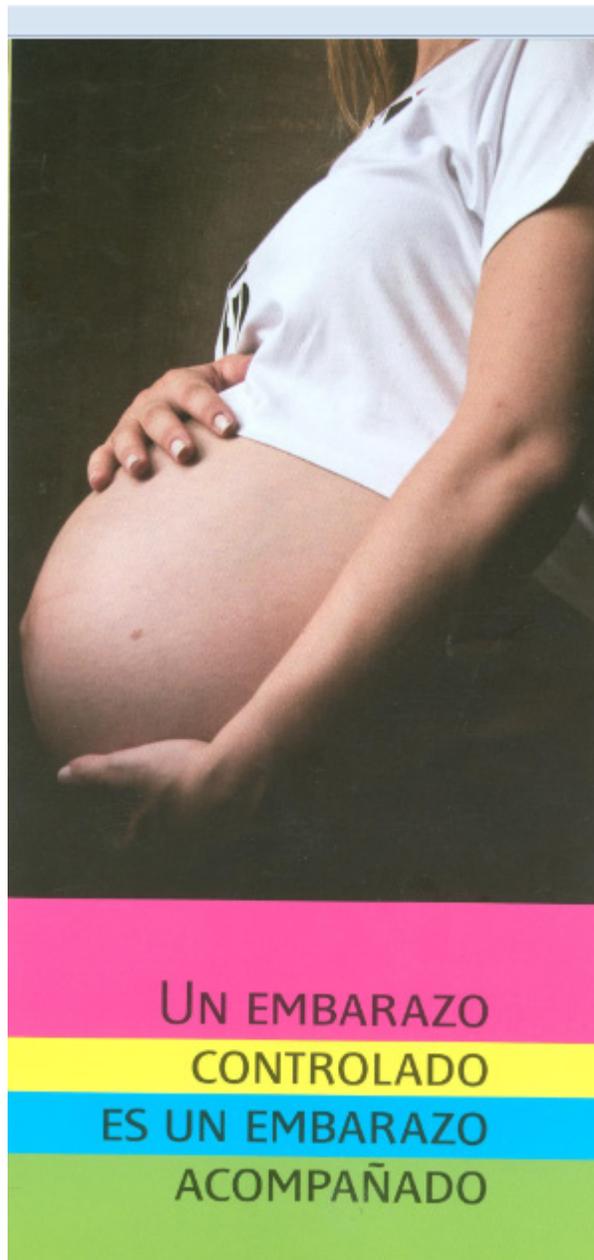
FACTORES DE RIESGO:

MODIFICABLES

Obesidad o sobrepeso, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, terapia hormonal prolongada, no amamantar.

NO MODIFICABLES

Primera menstruación antes de los 12 años, menopausia después de los 55, mujer de más de 35, primer embarazo después de los 35, no tener hijos, historia familiar de cáncer o patología mamaria.



En este caso se utilizó una amplia variedad de colores, uno para cada tema vinculado a la salud sexual y reproductiva.

El folleto del Programa habla de sus objetivos, prestaciones incluidas y requisitos para acceder a él. A su vez, dice que está dirigido a mujeres en edad fértil y recalca la

trascendencia de la prevención y detección temprana de enfermedades asociadas a la sexualidad.

A diferencia del Plan, en el que se veían dos siluetas, en el Programa la foto principal es de una pareja joven que podría, gracias a las prestaciones cubiertas por la obra social, tener la vida sexual que quieran y con acceso a anticonceptivos, lo que permitiría llevar a cabo una correcta planificación familiar. Están abrazados porque se quieren, porque se cuidan mutuamente y porque su vida sexual y reproductiva es un tema que concierne a ambos.

Teniendo presente que, en su mayoría, las afiliadas a IOMA son estudiantes, profesionales y trabajadoras de la administración pública, resulta lógico pensar que esas mujeres quieran terminar sus estudios o desarrollarse laboralmente antes de plantearse la posibilidad de formar una familia. Los estudios de prevención y el acceso a anticonceptivos resultan, en este punto, imprescindibles.

A ello se le suma que estas mismas mujeres, por ser mayormente estudiantes y trabajadoras, tienen un nivel de educación superior al que pueden tener las de otras obras sociales, de modo que el lenguaje que se utiliza con ellas ya parte de la base de que tienen información previa sobre la temática.

El rosa sigue predominando la escena en el interior del folleto, donde también se ve a una chica sonriente, seguramente, porque tiene acceso al Programa y puede, gracias a ello, aprovechar sus beneficios. La sonrisa, además, simboliza la vida saludable, al igual que el aire libre que se vislumbra detrás de ella.



Más información:

Unidad | Prevención y Promoción de la Salud

(0221) 429-5908

programaser@ioma.gba.gov.ar

www.ioma.gba.gov.ar

SER



Programa | Salud Sexual y Reproductiva



IOMA



IOMA



Queremos cuidarte, ayudarte en la prevención y detección temprana de ciertas enfermedades y que disfrutes de tu etapa de fertilidad sin miedos ni preocupaciones.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Brindar cobertura integral para la detección y el diagnóstico temprano de enfermedades de transmisión sexual y del cáncer génito mamario.
- Otorgar todas las herramientas para una efectiva planificación familiar.

Dirigido a las mujeres en edad fértil.

PRESTACIONES INCLUIDAS

- Consultas médicas ginecológicas

Prácticas médicas

- Análisis clínicos
- Papanicolau
- Colposcopias
- Ecografías
- Mamografías

- Anticonceptivos orales o inyectables
- Provisión y colocación de DIU (previa realización de estudios de rutina).

Todas las prestaciones tienen cobertura al 100%

Para ingresar diríjete a tu Delegación con:

- Fotocopias del DNI
- Credencial
- Último recibo de sueldo o de pago para Adherentes Voluntarios.

Sólo queda que te acerques. Retirá la chequera y comenzá a utilizar el Programa.

Cada mujer debe ser la responsable de su salud sexual, contá con nosotros para ello, contá con el Programa SER.

El último folleto elaborado es muy similar al anterior, también presenta a la pareja joven y en la misma posición, pero tiene la diferencia de que ya no predomina el rosa. El interior tiene un fondo blanco y aparecen varios detalles en verde, color característico de la gestión de María Eugenia Vidal en la provincia de Buenos Aires. La ausencia del rosa quedó atrás, como también lo hicieron las gestiones peronistas en la capital del país. Al igual que en la mayoría de los materiales comunicacionales analizados, también resalta el azul típico de IOMA.

A su vez, especifica que está dirigido a mujeres de 14 a 75 años, que la cobertura al 100% en anticonceptivos orales o inyectables es hasta los 50 años y ya no menciona los requerimientos para ingresar al mismo, sino que sintetiza con “Concurrí a tu ginecólogo y comencé a utilizar los beneficios del Programa”. Esto refleja el cambio de época y de modalidad: el rango etario se amplía (pasa de los 50 a los 75 años), teniendo diferente cobertura las mujeres en edad fértil de las que no, y desaparecen las chequeras, haciendo más sencillo el acceso al Programa y a las prestaciones que éste brinda.



Conocé más en
ioma.gba.gov.ar/prestaciones

Unidad | Prevención y Promoción de la Salud
programaser@ioma.gba.gov.ar

Entre todos podemos más.  Buenos Aires Provincia



Comunicación Institucional IOMA



Programa
salud sexual
y reproductiva

Entre todos podemos más.  Buenos Aires Provincia



SER

Programa | Salud sexual y reproductiva

Destinado a mujeres de 14 a 75 años.



Queremos cuidarte, ayudarte en la prevención y detección temprana de enfermedades, para que vivas tu sexualidad sin miedos ni preocupaciones.

Objetivos del programa

Brindar cobertura integral para la detección y el diagnóstico temprano de enfermedades de transmisión sexual y del cáncer génito mamario. Otorgar todas las herramientas para una efectiva planificación familiar.

Prestaciones incluidas

- Consultas médicas ginecológicas
- Prácticas médicas:
 - Estudios de laboratorio
 - Papanicolau
 - Colposcopías
 - Ecografías
 - Mamografías
- Cobertura al 100% en anticonceptivos orales o inyectables (hasta los 50 años).
- Provisión y colocación de DIU (para anticonceptivos y DIU es necesaria la realización previa de los estudios).

Todas las prestaciones tienen cobertura al 100 % en la categoría A.

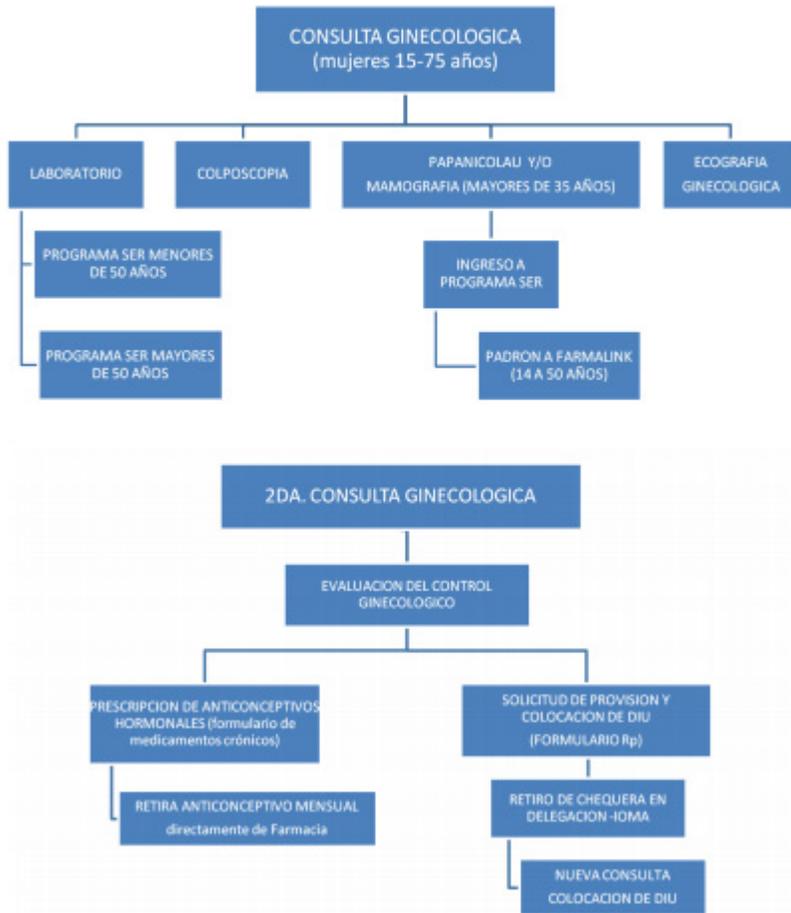
Concurrí a tu ginecólogo y comenzá a utilizar los beneficios del programa.

También con respecto al Programa de 2015, se hizo el material presentado a continuación. Los indagados, en este caso, no supieron precisar si fue algo pensado para entregar a las afiliadas o a modo de instructivo para los empleados de atención al público aunque, por la información que se brinda, se deduce que corresponde a estos últimos.

IOMA optimiza el control ginecológico y el acceso a la anticoncepción

A partir del 1º de agosto el Programa SER brindará un servicio más ágil para acceder al control ginecológico y al método anticonceptivo que elijas.

- La afiliada ya no deberá concurrir a la delegación.
- De ahora en más no será necesaria la chequera para acceder al anticonceptivo hormonal.
- Estará sostenido en una plataforma informática que permitirá la identificación de cada afiliada que realizó el control ginecológico (papanicolaou, mamografía). Luego, aquellas que opten por anticonceptivos hormonales, se presentarán con la prescripción del médico en **recetarios de uso crónico**. Los mismos sirven para cuatro meses de prestaciones en las farmacias habilitadas.
- Quienes tengan la chequera podrán utilizarla ya que durante un período de transición convivirán los dos sistemas.
- Además se amplía el grupo de cobertura ya que ahora se podrá realizar el control ginecológico utilizando el Programa SER y sin autorización de las prácticas hasta los 75 años de edad.



Estos materiales presentados eran entregados a los Directores para que luego los hicieran circular en sus respectivas Regiones y Delegaciones. De haber sucedido lo que se tenía pensado, quizá el proceso de comunicación hubiese sido un tanto más exitoso, pero lo que surgió de las entrevistas fue que esos procesos no eran supervisados, lo que arrojó como saldo que, al tiempo de haber elaborado los productos comunicacionales, se encontraban cajas enteras con folletería que nunca habían sido distribuidas. Incluso, en

sede central de IOMA. Todo quedaba prácticamente sujeto a la voluntad del director regional que viajaba semanalmente a La Plata. Si lo recordaba y/o era de su importancia, se llevaba los folletos y se hacía responsable de distribuirlos en la región y las delegaciones. Si se llevaban o no, dónde se ubicaban, qué pasaba con cada pieza, eso era información que no se verificaba.

Esto hace pensar que se fabricaban folletos en un número no estratégicamente programado, que se gastaba dinero en materiales que “nunca veían la luz”, que el proceso no tenía seguimiento y que la gestión del proceso de comunicación muy probablemente no haya tenido un impacto significativo en lo vinculado al Programa SER.

Una de las diseñadoras fue más allá y contó que los folletos eran dejados afuera y los directores regionales se encargaban de recogerlos y distribuirlos en las regiones o delegaciones. Agregó también que, con otros Programas o campañas, el área de Comunicación sí se encargaba de distribuirlos en hospitales y/o clínicas, pero no fue así con el SER. Lo que se deduce es que la campaña de comunicación no tuvo mucha influencia en la difusión del Plan/Programa SER y las afiliadas supieron de él por otros medios.

e) Gacetillas

Como se dijo, otra herramienta comunicacional fue la elaboración de gacetillas: a las de lanzamiento les siguieron otras, que no estaban pautadas en tiempo y forma en cuanto al momento exacto de su salida, pero que estuvieron vinculadas a la mención que el Presidente de IOMA hacía del Programa SER en algún acto o ceremonia (en ese entonces, la gestión del Instituto realizaba con frecuencia actos con contenido de política institucional: anuncio de medidas, convenios, prestaciones, inauguración de centros de atención, etcétera). En varios de esos acontecimientos, se hizo mención a alguna novedad del Programa SER lo que, posteriormente, era reflejado luego en las gacetillas, aunque no como objetivo principal de ese mensaje, sino sólo de manera secundaria. De acuerdo a lo

comentado, las gacetillas tenían un encomillado en el título con alguna cita del Presidente, o bien comenzaban diciendo “IOMA presente en...” o “IOMA inauguró...”, por lo que queda reflejado que se ponía el foco en la acción política del momento y en el Programa como eje del mensaje.

La forma de enviar las gacetillas era través de un mailing que contenía medios con y sin pauta publicitaria. A pesar de pedirle a los medios con pauta difundir la información, muy pocos la replicaban y, en ocasiones, ni siquiera eran medios de comunicación masivos sino sitios muy chicos los que daban a conocer las novedades.

f) Pros y contras de la informatización

Tal como ya se vino diciendo, el proceso de informatización del Programa SER iniciado en 2015 fue resultado de una serie de causas y no solamente del avance tecnológico desarrollado a nivel global. Gracias a él, y más allá de las dificultades propias del sistema, se aceleró el mecanismo considerablemente. Uno de los entrevistados afirmó en este sentido que “antes de hacer este sistema y de que el anticonceptivo fuera al 100%, de entrega inmediata, había un total de mujeres que se hacía el pap o la mamografía y no llegaban a 150, 170 mil afiliadas”. Sin embargo, “hoy estamos en 100 mil mujeres más, y que además cuentan con los anticonceptivos al 100%, gratis”. Esto es altamente positivo dado que, al brindarle los anticonceptivos, esas 100 mil mujeres más comenzaron a hacerse más los estudios. “Para mí, fue bueno el ingreso a partir de 2015. Antes, se hacía a través de la chequera, también se daba el anticonceptivo, pero esto tuvo más publicidad, más fuerza y se realizó mejor”, sintetizó.

Otra de las entrevistadas, en sintonía con lo anterior, y consultada por las fortalezas del Programa, dijo que algo a destacar “es que cubre a todo el grupo etario. En este momento, se puede decir que, quien quiera, puede tener su anticonceptivo de forma gratuita; es decir, la mutual le cubre el anticonceptivo, y eso nos ayuda a nosotros y ayuda también a quien reciba el anticonceptivo a estar cuidada, a hacerse estudios que van a

prevenir cualquier patología que pueda descubrirse en ellos”. Anteriormente, en cambio, “un montón de gente retiraba la chequera sin hacerse el pap” y terminó tomando anticonceptivos sin saber si podía o no o si tenía un virus del papiloma humano (HPV) o algún otro problema y se pasó por alto, de modo que la informatización resultó de gran ayuda.

A partir de la informatización, los pasos empezaron a ser los siguientes: la afiliada va al ginecólogo, quien hace la extracción del pap; el patólogo hace el pap y lo informa, con lo cual la paciente tiene el informe. Al mismo tiempo, el patólogo realiza la facturación a través de los sistemas correspondientes, IOMA la capta y, desde ese momento, la mujer ingresa al padrón del Programa directamente. El médico confecciona la receta por 4 meses (algunos hacen las 3 juntas, que es cada una por 4 meses, con lo cual la afiliada tiene las provisiones para todo el año), se dirige a la farmacia y retira el anticonceptivo.

Pero, como no todo es tan sencillo como parece, la informatización también acarrió (y acarrea) debilidades, visibles en distintas instancias del proceso. “Ahora nos encontramos con el problema de que hay patólogos (no los de acá de La Plata que, por ejemplo, trabajan a través de agremiaciones) que no facturan directamente de forma online a IOMA sino que, lo que hacen, es pasar a través de FEMEBA”. Para resolverlo, “se habló con FEMEBA para que, todos los días o semanalmente, nos pase el listado de los pap que tenían para que Sistemas de acá (de IOMA) los pueda incluir dentro de nuestro listado de mujeres dentro del Programa. Pero no sé si el Círculo Médico no le alcanza, si FEMEBA no lo trae, si el problema es de acá, si el problema es de dónde, pero bueno, la cuestión es que todas las mujeres no aparecen dentro del listado”. En consecuencia, “esa gente que no aparece en el listado va a la farmacia y le dicen ‘Me sale como que no estás apto para recibirlo’”.

Su compañero también habló al respecto y señaló que “la carga diaria es de 100 afiliadas. Nosotros las tenemos que cargar manualmente porque son prestadores que no tienen el sistema nuestro, entonces no envían las prácticas de las afiliadas y se las tenemos que

terminar cargando nosotros”. Muchas veces esas mujeres no están en el padrón por ese mismo motivo, porque no las cargan.

En un principio, el porcentaje que se manejaba de afiliadas dentro del Programa era el 60 o 70%. Pese a ello, en la práctica los rangos siempre variaron entre el 40 o el 50%. “Nunca pudimos llegar al 70 % porque también la carga no se realiza fehacientemente a través de los médicos, así que no se carga muchas veces. O sea, que puede haber más que se hayan realizado las prácticas, pero que no la manden”. A esto se le suma que muchas mujeres se hacen los estudios por fuera del Programa, lo que dificulta el poder contar con una estadística certera acerca de la cantidad de afiliadas beneficiadas por el mismo.

“El único problema que tenemos nosotros es que, al trabajar con prestadores, nosotros sí podemos ejercer presión a través de la facturación pero, si vos no le pagás, la afiliada va a la farmacia y no le entregan la medicación (las pastillas). Entonces, al no entregarle el anticonceptivo a las mujeres, tenemos problemas nosotros”. Y cita como ejemplo: “acá vino una chica a la que no le habían entregado el anticonceptivo. Figuraba en el padrón, figuraba en todos lados, pero lo único que quieren es el sello y la firma. ¿Por qué el sello y la firma? Si figura en el padrón, se lo tenés que dar”. La solución a eso fue el sistema online, creado “para que sea ágil y que las mujeres no tengan que ir a la delegación a buscar una cosa, al médico de nuevo. Porque vos, con sólo ir una vez cada 4, 5 o 6 meses al médico, tenés todo el año la cobertura. Entonces, no necesitás ir una vez por mes a que te sellen y firmen, te entreguen la chequera, que vayas al médico y bla bla bla. Hoy por hoy, debería ser ágil. Estás en el Programa, el médico te firmó y te selló, vas a la farmacia y retirás, debería ser así”. El único problema que podría ocurrir es cuando existe un tema afiliatorio: una chica que cumplió 21 años y pasó a ser estudiante, o se recibió, se casó o no tiene trabajo, termina siendo afiliada voluntaria para no perder la continuidad, entonces cambia su números de afiliada. “Un problema afiliatorio sí te genera un trastorno en el sistema pero, sino, no debería haber problema”.

Otro de los inconvenientes es que “habría que trabajar más en el interior porque, por ejemplo, hoy llaman chicos diciendo que se les quemó la computadora o no hay, entonces los datos que nos pueden dar, y no solamente por los que nos ingresan a nosotros, sino que si va alguien a anotarse, no llega. No pueden trabajar como deberían. Es decir, que los puntos débiles pasarían más por cuestiones administrativas que por contenidos del Programa. El Programa está aceitado, pero falta que resbale un poco más”.

Como suele suceder, el proceso de informatización resultó ser ventajoso en muchos aspectos, pero también trajo aparejadas nuevas complicaciones. Lo destacable, sin embargo, es que se logró aumentar en un gran porcentaje la cantidad de mujeres que se realizan los estudios con respecto a las que lo hacían anteriormente. Es decir, gracias al sistema, se puede saber casi fehacientemente qué cantidad de afiliadas se hace el pap o la mamografía.

g) Impacto

Dado que no se hicieron mediciones de impacto (al menos desde el área de Comunicación), no existen datos precisos acerca de la influencia que pudo haber tenido la campaña comunicacional del Programa. Es decir, no se pudo establecer si lo difundido colaboró (o no) en el número de mujeres que lo conoció y tuvo acceso al mismo. Quizás pueda inferirse el nivel de impacto si se toma en cuenta el incremento de consultas y prácticas enmarcadas en el Programa, pero lo concreto es que, hasta el momento, no hay estadísticas certeras entre la comunicación y la cantidad de afiliadas usuarias del Programa SER.

Al respecto, uno de los entrevistados dijo que “por esos tiempos, de allí es que habría que ubicar en contexto aquel momento, no creo que se pensara tanto en función de una ‘campaña’, sino meramente de ‘difusión’. Y la difusión no va de la mano con la eficacia-eficiencia de un Programa”.

Por lo que se desprende de las entrevistas, entonces, los profesionales de la comunicación no tenían mucha injerencia en lo vinculado a la elección de los materiales a publicar; es decir, desde la UPPS se hacía el pedido de productos comunicacionales y era, en última instancia, el Presidente del Instituto quien decidía qué y cómo hacerlos. Al no tener participación en la campaña, es lógico pensar que los empleados del área de Comunicación no se sintiesen parte y comprometidos con los resultados finales. Sólo se dedicaban a cumplir las órdenes emanadas del poder central sin interesarse por si eran los mejores formatos los elegidos o si llegaban realmente a las personas involucradas.

Podría deducirse que IOMA es una organización que tiene una estructura burocrática o mecanicista, cuyo fin es el “establecimiento centralizado de objetivos según un proceso que se inicia en la alta dirección para descender en la escala jerárquica”¹²⁵ y en el cual “los directivos controlan y establecen los objetivos mediante la utilización de la autoridad formal”¹²⁶. Uno de los rasgos que caracteriza este tipo de organización tradicional es que se estructura alrededor de funciones separadas y casi autónomas en contenido, lo que se traduce en un obstáculo para la innovación y el aprendizaje, pues “inhibe la creatividad, la continua exploración y la transferencia de conocimientos entre las personas”¹²⁷.

IOMA debería ser una organización aprendiente, es decir, tener la capacidad de compartir y usar el conocimiento de manera tal que los empleados aúnen sus esfuerzos para modificar la forma en que la obra social hace frente a los desafíos y cambios externos. Porque los ejes principales de una organización aprendiente son esos: “la importancia de las personas, como motores del aprendizaje, y la renovación de las estructuras organizativas, que va acompañada de la implantación de formas organizativas que favorezcan el desarrollo de una mayor iniciativa, creatividad y aprendizaje, por parte de todos los miembros”¹²⁸.

¹²⁵ Sáez Vacas, Fernando y otros. Innovación tecnológica en las empresas. Temas básicos. Capítulo 12: Rediseño de la empresa (y II): Formas organizativas para la innovación. E.T.S. de Ingenieros de Telecomunicación. Universidad Politécnica de Madrid, 2003. Página 258

¹²⁶ Ídem

¹²⁷ Ídem

¹²⁸ Ídem. Página 262

En el caso de haber permitido a los empleados del área de Comunicación participar activamente en la campaña para dar a conocer el Programa SER, sus beneficios, alcances y modificaciones, seguramente los productos finales hubiesen sido más eficaces y certeros en su llegada. Simultáneamente, los profesionales de ese sector se hubieran sentido más comprometidos con la tarea, porque habrían sido escuchados y tenidos en cuenta al momento de tomar decisiones. Por lo que deriva de lo investigado, no se le dio lugar a su creatividad e iniciativa porque las órdenes venían “de arriba” y ellos veían limitada su función a reproducir lo que ya se había resuelto en otro nivel jerárquico. El aprendizaje entre sus miembros, por lo tanto, no se vio reflejado o, al menos, no se dio de la manera en la que se tendría que haber dado.

8. Conclusiones

Este trabajo tuvo por finalidad evaluar la gestión del proceso de comunicación externa del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SER) del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) desde 2006 a 2017, inclusive.

Para lograrlo, se investigó en primera medida el motivo por el cual surgió el Programa en 2006, con el objetivo de indagar sobre el contexto en el que fue creado, así como el conocimiento y justificación de la campaña de comunicación elegida; es decir, qué materiales fueron pensados, diseñados y distribuidos para darlo a conocer. En una segunda instancia se consideró el período comprendido entre 2015 y 2017, inclusive. Este recorte estuvo dado porque fue a partir de 2015 que se decidió ampliar el rango etario del Programa, conjuntamente con la puesta en marcha de un sistema digitalizado para llevar al día la carga de las afiliadas, dejando de lado las antiguas chequeras en papel. Y se optó por hacerlo hasta 2017, inclusive, para tener datos concretos hasta la finalización del mismo. Tal como dijo una de las encargadas del Programa SER, “todos los años se van haciendo modificaciones, de acuerdo a cómo va avanzando, si va funcionando, vamos viendo qué es lo que funciona y lo que no y, a raíz de eso, vamos modificando las formas, como para que tenga una llegada a todas las afiliadas de toda la Provincia”. Hoy en día, y contrariamente a lo que sucedía en otras épocas, muchas mujeres tienen el climaterio más tardíamente, de modo que toman anticonceptivos a una edad en la que, hasta no hace mucho, no se daba. A eso se le suma que la esperanza de vida es actualmente mayor a la de antes, por lo que mucha gente se realiza controles médicos periódicos con la finalidad de transitar de una mejor manera el tiempo restante por vivir. Estos son algunos de los cambios sociales que llevaron a modificaciones en el Programa, porque IOMA no está ajeno a lo que sucede a su alrededor, porque es una institución que forma parte de la sociedad y porque necesita adaptarse a las variaciones del contexto para seguir existiendo. Las normativas en materia de salud sexual y reproductiva, tanto a nivel

nacional como internacional, fueron el puntapié para la evolución del Programa y le dieron sustento.

Ello motivó que se considerara el Programa en sus diferentes etapas y a lo largo de los años.

Luego de indagar sobre los orígenes del Programa, la normativa en que se enmarcó, sus antecedentes y objetivos, se buscó establecer continuidades y cambios en la manera en que se gestionó el proceso de comunicación del Programa desde su creación en 2006 hasta 2017, inclusive. La finalidad consistió en identificar la existencia de expectativas iniciales y su cumplimiento efectivo. En otras palabras, se quiso conocer si los materiales comunicacionales acompañaron los cambios que fue teniendo el Programa, si hubo una planificación comunicacional o si sólo sirvieron para mostrar algo que ya estaba planeado de antemano, si transmitieron lo que se proponía, si llegaron al público objetivo y si, en definitiva, eso influyó de alguna forma en el mayor ingreso al Programa.

La investigación permitió saber que no hubo cambios sustanciales en los materiales comunicacionales elaborados inicialmente y a partir de 2015. Los folletos más actuales, por ejemplo, hablan de la cobertura a mujeres mayores de 50 años y la eliminación de las chequeras de estudios y anticonceptivos orales, pero no se pensó en una campaña comunicacional específica para dar a conocer estas últimas novedades. Por lo tanto, sólo se cambió la información en las publicaciones: antes se mencionaban los requisitos para ingresar al Plan/Programa y, desde 2015, lo anterior fue sintetizado con un “Concurrí a tu ginecólogo y comencé a utilizar los beneficios del Programa”. Para quien lleva adelante este trabajo, y a pesar de que las prestaciones continuaron siendo las mismas del comienzo, hubiese sido conveniente dar a conocer las modificaciones entre un período y otro; sobretodo, teniendo en cuenta que no solamente fueron cambios sino avances y beneficios para las afiliadas, entendiendo que ya no deben ir al médico cada cierto tiempo a completar sus chequeras, que las mujeres mayores de 50 años pueden realizarse los

estudios de control ginecológicos sin cargo y que la burocracia es menor, dado que el sistema está digitalizado.

Una de las entrevistadas dijo, como se adelantó, que las afiliadas cuentan con, al menos, un nivel secundario, por lo que ya han oído hablar de la temática. Asimismo, aseguró que dialogan con las delegaciones y regiones sobre los avances y modificaciones del Programa y que, en cuanto a la comunicación, “la difusión existe por la cantidad de gente que consulta”. Para quien realiza esta investigación, no obstante, no debe limitarse a los conocimientos previos que pueda tener el público objetivo sobre el tema o lo que puedan transmitirle los empleados. Además, esos saberes no siempre se corresponden con la cobertura de la obra social sino que son sobre la problemática de la salud sexual y reproductiva en general. La comunicación de todo lo referido a la campaña debe ser planificada, en base a un diagnóstico sobre la población a la que se quiere apuntar. Más allá de lo que puedan saber, debe encontrarse la mejor manera de llegar a esa gente, con información clara y precisa, tanto del tema como del Programa, para que no ocurra lo que suele ocurrir, que es que terminan conociendo las novedades por el boca a boca. Con una correcta gestión del proceso de comunicación, se reduce la posibilidad de dudas y malentendidos. Sería posible, también, saber a ciencia cierta si las afiliadas acceden a los anticonceptivos sólo para planificación familiar, que es lo que se busca porque, según una de las entrevistadas, “no tenemos sinceramiento del Programa”.

Los avances que fue teniendo en el tiempo dan cuenta del crecimiento del Programa a lo largo de los años.

Este impulso, no obstante, no fue medido en estadísticas certeras. Los datos que se tienen han sido recabados de una manera que no fue, de ninguna manera, sistemática.

La planificación de la comunicación debe estar contemplada desde el inicio: desde un principio se debe intervenir en la toma de decisiones sobre la información que se dará, la manera en que se hará y mediante qué soporte, a partir de este diagnóstico previo. Luego, lo planeado tiene que ser puesto en práctica para, posteriormente, saber si lo que se

buscó se vio reflejado en los resultados concretos y, en caso de no hacerlo, evaluar las correcciones que deberán realizarse para alcanzar los objetivos propuestos. Es muy importante tener en cuenta todo el proceso, de allí que resulta esencial llevar un relevamiento de lo que va sucediendo en la práctica, a fin de arribar a números confiables que permitan analizar la situación de una manera más fehaciente. Si bien se sabe (mejor que antes) cuántas mujeres se realizan los estudios, hasta lo que se pudo saber, no existe aún un estudio sobre el rango etario que más accede al Programa (se presupone que es entre los 18 y los 27 años, que coincide con la época universitaria), pero eso se llevó a cabo de modo manual.

De haber existido una verdadera planificación, se podrían haber obtenido cifras concretas que dieran lugar a nuevos adelantos en lo que al Programa se refiere.

A esta falta de información se le agrega la ausencia de capacitaciones a médicos (especialmente, ginecólogos) sobre el Programa y sus modificaciones. Si bien las Agremiaciones y Círculos Médicos son los intermediarios entre los especialistas y la obra social y, por ende, los encargados de transmitir las novedades del Instituto, bien pudieron haber existido instancias de charlas y entrega a los profesionales de los materiales comunicacionales realizados en el área, así como el envío de gacetillas, considerando que son ellos los nexos con las afiliadas de IOMA en general y el Programa SER en particular.

Lo mismo ocurrió con las beneficiarias: nunca hubo encuentros con ellas para difundir la existencia y los cambios del Programa, que fueron comunicados de una forma liviana y sin darle la relevancia que se merecían. Hoy en día hay información en la página web, pero esto no siempre fue así.

El Programa se dio a partir de cambios contextuales a nivel global, en los que las mujeres tuvieron un papel preponderante. Fue pensado para ellas, al igual que sus progresos. Sin embargo, da la sensación de que no interesa en gran medida lo que ellas piensan acerca de él, a juzgar por esta carencia de datos empíricos sobre la cantidad de mujeres que ingresan año tras año y el uso que le dan.

Pese a todo lo anterior, el Programa continúa, por lo que aún se está a tiempo de revertir la situación.

Reuniones periódicas con los galenos responsables de atender a las afiliadas, en las que haya intercambio de información entre las partes, así como encuentros con mujeres usuarias del Programa, en los cuales cuenten sus experiencias particulares y realicen críticas y/o sugerencias sobre él podrían ser algunas líneas de acción a seguir si lo que se pretende es tener, en algún momento, cifras oficiales con las que tomar posteriores decisiones.

Sin la existencia de una planificación de la comunicación, sumado a los problemas de informatización, logística y distribución ya comentados, muy difícilmente se logre lo que se pretende.

Falta mucho por recorrer, el camino es largo y lleno de obstáculos, pero con voluntad y trabajando responsablemente, los resultados, en algún momento, terminarán siendo los deseados.

9. Bibliografía

- Aguilera Hintelholher, Rina Marissa. Estudios Políticos, novena época, núm. 28 (enero-abril, 2013): 81-103. Identidad y diferenciación entre método y metodología
- Armas Castañeda, Segundo. Imaginándonos el futuro. La comunicación como estrategia para el desarrollo. Centro de Educación y Comunicación. Lima, Perú, 1995
- Ander-Egg, Ezequiel; Aguilar Idáñez, María José. Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales. 18ª edición. Editorial Lumen/Humanitas. Buenos Aires, Argentina, 2005
- Barragán, Horacio; Moiso, Adriana y otros. Fundamentos de salud pública. Primera parte. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2007
- Borsotti, Carlos. Temas de metodología de la investigación. Miño y Dávila Editores. Segunda edición ampliada. Madrid, España, 2009
- Castaño, Sergio y otros. Finanzas y Costos. Un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Capítulo 1: Introducción, conceptos y contexto: ¿Qué es la gestión financiera y cuál su relación con la gestión integral por calidad? Alfaomega Colombiana SA. Colombia, 2002.
- Ciuci, María Emilia y Córdoba, Jasmín Estefanía. "BREAST. Una margarita vestida con prestigio y experiencia". Tesis de grado de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, 2010
- Chaves, Norberto. La imagen corporativa. Teoría y metodología de la identificación institucional. 3ª edición. Capítulo 2: La cuestión terminológica. GG Diseño. Barcelona, España, 2012
- Comunicación interna y externa. Dos caras, una moneda. Documento de cátedra del Taller de Producción de Mensajes de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, 2007

-Díaz, Esther. Metodología de las ciencias sociales. 4a. reimp. Capítulo 1: Conocimiento, ciencia y epistemología. Editorial Biblos Metodologías, Buenos Aires, Argentina, 2010

-Fedeli, María Julia. Investigación y Comunicación: tensiones presentes en la conformación y redefinición del campo. Documento de cátedra del Módulo I de la materia Metodología de la Investigación Social. Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, 2005

-Fernández, María Paula. Salud sexual y reproductiva en adolescentes, una mirada comunicacional para (re)pensar los modelos de atención en salud desde lo territorial. Trabajo Integrador Final de la Especialización en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP, 2018

-Ferrer, Gabriela Yanina. "Implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR), creado por la Ley 25673, en el Hospital Horacio Cestino de Ensenada". Tesis de grado de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, 2010

-García, María Cristina. "Políticas económicas y modelos de salud", en Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas: Propuestas para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Seminario realizado en Buenos Aires 25-26 de septiembre de 1997. Foro por los derechos reproductivos. Buenos Aires, Argentina, 1997

-Giménez, Gilberto. La cultura como identidad y la identidad como cultura. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional de México. México, 2003

-González Frígoli, Martín. En clave comunicacional. La importancia del diagnóstico y el conocimiento de la cultura organizacional para la generación de estrategias de cambio y transformación desde la comunicación interna en las organizaciones. Tesis Doctorado en Comunicación. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata, 2016

- Gutiérrez, Lidia. Paradigmas cuantitativo y cualitativo en la investigación socio-educativa: proyección y reflexiones. Revista Paradigma, vol. XIV al XVII, 1993-1996
- Halperín, Jorge. La entrevista periodística. Intimidades de la conversación pública. Paidós. Buenos Aires, 1995
- Hellriegel, D.; Jackson S.; Slocum J. Administración, un enfoque basado en competencias. 11ª edición. Capítulo 1: Desarrollo de las competencias gerenciales. Cengage Learning. Santa Fe, México 2008
- Jones, Gareth; George, Jennifer. Administración contemporánea. 6ª edición. Capítulo 10: Administración de la estructura y la cultura organizacional. McGraw-Hill Editores. México, 2010
- Mata, María Cristina. "Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva". Módulo 2: Curso de Especialización "Educación para la Comunicación". La Crujía. Buenos Aires, 1985
- Mintzberg. Henry. Perfeccionando la función del gerente. Revista Alta Gerencia. Nº 40/41. Buenos Aires, Argentina, 1995
- Petracci, Mónica. Salud, derechos y opinión pública. Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación. Capítulo 3: La salud y los derechos sexuales y reproductivos. El caso argentino. Grupo Editorial Norma, 2004
- Ribera Segura, Jaume; Gutiérrez Fuentes, José y Rosenmoller, Magdalene. Gestión en el Sector de la Salud. Gestión del Sistema y de sus Instituciones. Capítulo 12: Dirección estratégica en instituciones sanitarias. Vol. I. Editorial Pearson. Madrid, España, 2005
- Rodríguez, Marcela. La situación legal de los derechos reproductivos y sexuales en Argentina. En: Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas: Propuestas para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Seminario realizado en Buenos Aires 25-26 de septiembre de 1997. Foro por los derechos reproductivos. Buenos Aires, Argentina, 1997

-Sabino, Carlos. El proceso de investigación. Capítulo 2: Conocimiento y método. Lumen Argentina, Argentina, 2013

-Schmucler, Héctor. Un proyecto de comunicación/cultura. Revista Comunicación y Cultura, número 12. México, 1984

-Varo, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Parte segunda. El hospital: una organización de servicios. Capítulo 4: La organización. Ediciones Díaz de Santos, SA. Madrid, España, 1994.

-Vasilachis de Gialdino, Irene. Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos. Tesis Nº 6: Los métodos cualitativos suponen y realizan los postulados del paradigma interpretativo. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, Argentina, 1992

-Wheelen, Thomas y Hunger, David. Administración Estratégica y Política de Negocios. Conceptos y Casos. 10ª edición. Capítulo 1: Conceptos básicos de administración estratégica. Editorial Pearson. México, 2007

Normativa

- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Naciones Unidas, Viena, Austria, 1993

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, Naciones Unidas, 1979

-Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos, 1996

-Decreto 2327. Reglamentación de la Ley 13066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Buenos Aires, Argentina, 2003

-Ley 418. Ley Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2000

-Ley 6.982. Ratifica la creación del Instituto Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.), 1965. Ratifica la creación del Instituto Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.). Texto ordenado por Decreto n° 179/87 Instituto Obra Médico Asistencial con las modificaciones introducidas por las Leyes 10.744, 10.861, 13.123, 13.483 y 13.965. Decreto 7.881/84, Reglamentario de la ley 6982 (T.O 1972) con las modificaciones de los Decretos Leyes 6.743/85, 4.529/93, 415/97 y los Decretos 412/04, 599/04, 2.469/05, 3.774/07

-Ley 13066. Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Buenos Aires, Argentina, 2003

-Ley 25673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), Argentina, 2002

-Resolución 159/06. Actas acuerdo entre IOMA, entidades médicas y Federación Bioquímica de la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2006

-Resolución 1245/06. Plan SER de Salud Sexual y Reproductiva de IOMA, Buenos Aires, Argentina, 2006

-Resolución 956/07. Incorporación al Plan SER de IOMA de nuevas dosis y combinaciones de anticonceptivos orales e inyectables, Buenos Aires, Argentina, 2007

-Resolución 3418/12. Aprobación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de IOMA, Buenos Aires, Argentina, 2012

-Resolución 3541/15. Ampliación del Programa SER de IOMA hasta los 75 años, Buenos Aires, Argentina, 2015

Web

-IOMA. Página oficial. http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/plan_ser_a.html

-¿Qué es Misión y Visión? <https://concepto.de/mision-y-vision/>

-Métodos anticonceptivos | Argentina.gob.ar.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/metodos-anticonceptivos>

-Planificación familiar-World Health Organization. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

-¿Que son las infecciones de transmisión sexual?-Fundación Huésped.
<https://www.huesped.org.ar/informacion/otras-infecciones-de-transmision-sexual/que-son-las-infecciones-de-transmision-sexual/>

-Revista Pediatría Electrónica [en línea]. Actualización. Embarazo adolescente. 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918