



**Universidad
Nacional
Villa María**

Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"
Repositorio Institucional

Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en el Centro de Atención Primaria de Salud "Carlos Manuel Vijande" del barrio Las Playas de la ciudad de Villa María

Año
2025

Autora
Del Campo, María Ailín

Directora de tesis
Martínez, Verónica

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

CITA SUGERIDA

Del Campo, M. A. (2025). *Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en el Centro de Atención Primaria de Salud "Carlos Manuel Vijande" del barrio Las Playas de la ciudad de Villa María*. [Trabajo final de grado, Universidad Nacional Villa María]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Villa María.

http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=cmspage&pageid=9&id_notice=47719



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en el Centro de Atención Primaria de Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la Ciudad de Villa María



**Universidad
Nacional
Villa María**

**INSTITUTO ACADÉMICO PEDAGÓGICO DE CIENCIAS SOCIALES
CICLO DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

Trabajo Final de Grado

**Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en el Centro de Atención
Primaria de Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas, Villa María**

Directora: MARTINEZ, Verónica

Autora: DEL CAMPO, María Ailín

AÑO 2025

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por acompañar, incentivar e inculcarme el valor de la educación y de la justicia social.

A las amistades y compañerxs por estar y alentar.

A mi directora, Vero, por ser guía, que con paciencia, escucha y calidez acompañó este proceso, brindando sus conocimientos con solidaridad.

A Evita, por ser sostén y hogar.

A Nati Tribiani, por haber sido pilar del comienzo de este proyecto, por su amistad y solidaridad.

A lxs integrantes del CAPS que me recibieron y compartieron con suma predisposición y colaboración su mirada para poder hacer posible esta tesis. A la Secretaría de Salud por la apertura a esta investigación.

A lxs compas de la carrera, tanto del terciario como del ciclo de Licenciatura, que gracias al trabajo en equipo y la ayuda mutua se hizo un poco más liviano. Lo sostenemos, la salida (y el aprendizaje) es colectivo.

A la educación pública por transformar a quienes ingresamos a ella. A la UNVM, a las docentes y colegas que estuvieron presente. Al Inescer también, por haber sido el primer camino en esta profesión.

Y al movimiento feminista por abrazarme, contenerme y transformarme, a las compañeras de lucha con quienes caminé y aprendí mucho. Hasta que todo sea como lo soñamos y luchamos.

*“La epopeya feminista que puso final al veto estatal a la soberanía sexual y a la autonomía reproductiva está cumplida porque abortar es un derecho. Sin embargo, la batalla por **liberar los cuerpos rehenes de la tiranía biologicista** que nos quiere madre a toda costa aún no termina, porque así como el refrán indica que del dicho al hecho hay un trecho, del derecho a la realidad también hay un trecho.*

*Nos queda por delante el desafío de la lucha feminista y organizada por el acceso irrestricto a la prestación sanitaria que asegura el derecho a decidir para todas, para todes y en todas partes del país. Porque abortar sin privilegios, también es **justicia social**”*

(Soledad Deza, 2021).

ÍNDICE DE SIGLAS

AP - Asistencia Pública

ACI - Anticonceptivas inyectables

ACO - Anticonceptivas orales

CAPS - Centro de Atención Primaria de la Salud

DSRyNR - Derechos Sexuales Reproductivos y No Reproductivos

DCPN - Dispositivo de Cuidados Prenatales

HP - Hospital Pasteur

ILE - interrupción legal del embarazo

IVE - interrupción voluntaria del embarazo

ITS - Infecciones de Trasmisión Sexual

LGBTIQ+ - Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans/Travestis, Intersexuales, Queer, y otras identidades y orientaciones sexuales

MAC - Métodos de anticoncepción

MVM - Municipalidad de Villa María

PGTI - Programa de Gestión Territorial Integral

PNSSyPR - Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	6
ÍNDICE	7
Introducción	8
CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	10
Fundamentación	10
Problema de investigación	12
Objetivos	12
ESCENARIO: CAPS Las Playas	13
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	16
Cuestión Social, desigualdades sociales y de género	16
Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos	18
Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en Argentina - Marco legislativo	22
Atención Primaria de la Salud	26
Interdisciplinariedad	30
Prácticas sociales	31
CAPÍTULO 3: ASPECTOS METODOLÓGICOS Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN	33
Diseño metodológico	33
Análisis de datos	35
1. Modalidad de atención de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos	35
1.1. Derechos a los cuidados en torno a la reproducción	36
1.2. Derechos a la anticoncepción y aborto	37
1.3. Derecho a sexualidades libres de discriminación y violencias	41
1.4. Recursos materiales, humanos y simbólicos para el acceso de derechos sexuales	45
2. Acciones específicas de Atención Primaria de la Salud en relación a los derechos sexuales	51
2.1. Territorialidad	55
2.2. Interdisciplinariedad e integralidad	57
2.3. Intersectorialidad	60
2.4. Participación comunitaria	61
3. Formación y capacitaciones	62
4. Discursos	66
4.1. Lenguaje empleado por las integrantes del CAPS	66
4.2. Perspectivas presentes en las prácticas sociales del equipo	67
Reflexiones finales	71
BIBLIOGRAFÍA	74

Introducción

Hablar de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos es hablar de derechos humanos. Derechos que debe garantizar el Estado para lograr condiciones de vida óptimas y el ejercicio de la ciudadanía. Además, es un componente fundamental de la justicia social, en pos de disminuir las desigualdades existentes en las sociedades capitalistas. Entre dichas desigualdades sociales se encuentran las desigualdades de género, que tienen su origen en las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres, producto del sistema patriarcal. Las desigualdades sociales por cuestiones de género atraviesan todos los ámbitos de la vida de las personas: familiar, laboral, de salud, educativo, entre otras. Estas inequidades, se ven reflejadas también en el ámbito de la salud, vulnerando el acceso a los derechos.

En las últimas décadas en Argentina se han logrado avances en materia de derechos, producto de la dinámica cambiante por las luchas de poder del campo social y los actores que intervienen en el mismo. Se hace visible en los discursos de los debates que se dieron en torno a diferentes normativas. Por ejemplo, las siguientes leyes nacionales de: Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673 (año 2002), del Parto Respetado N° 25.929 (año 2004), de Educación Sexual Integral N° 26150 (año 2006), de Anticoncepción quirúrgica N° 26.130 (año 2006), de Identidad de Género N° 26.743 (año 2012), la ley de Fertilización Asistida N° 26.862 (año 2013), y la ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27.610 (año 2020).

Estas legislaciones han reconocido e institucionalizado los derechos mencionados, reclamados históricamente por los movimientos sociales feministas y de las diversidades sexuales, permitiendo su visibilidad, como así también, el poder ser objeto de demandas exigibles al Estado (Brown, 2008).

En el acceso a estos derechos adquieren importancia las instituciones de salud más cercanas a la población, quienes median entre los usuarios y las políticas públicas. Por ello, es necesario conocer las brechas que pueden existir entre la letra de las leyes y las políticas públicas con las realidades locales y cotidianas. En este proceso, el acceso a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos está atravesado por factores que lo condicionan, como los recursos disponibles, las formas de aplicación de las políticas a nivel local, las prácticas sociales de los equipos de salud, los conocimientos y discursos que las atraviesan, como los modos de vincularse con los sujetos usuarios, entre otros.

El presente Trabajo Final de Trabajo (TFG) busca responder a estos interrogantes, en el caso de un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de un barrio de la Ciudad de Villa María, Provincia de Córdoba, siendo una ciudad del “interior del interior” de Argentina. Guía la investigación la **pregunta**: ¿Cómo desarrollan las prácticas sociales en el abordaje en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos el equipo de trabajo del Centro de Atención Primaria de Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la ciudad de Villa María?, durante los años 2023-2024.

Para indagar cuáles son las prácticas sociales del equipo de trabajo del CAPS del barrio Las Playas en el abordaje de los derechos sexuales se tiene en cuenta las atenciones, la respuesta a las distintas demandas, las tareas de promoción y prevención, la disposición, articulación, gestión e

implementación de recursos, las estrategias diseñadas e implementadas, los discursos y narrativas que circulan, la modalidad de trabajo, y en el caso de haber, acciones coordinadas, interdisciplinarias y multisectoriales, como así también, las capacitaciones específicas en la materia.

Esta investigación es de carácter cualitativa. Como técnica de recolección de datos se utilizaron las entrevistas semiestructuradas y observaciones en el centro de salud mencionado. Se realizaron ocho entrevistas durante el mes de diciembre del año 2023, dirigidas a integrantes del equipo de trabajo del CAPS Las Playas, incluyendo a personal administrativo, agentes sanitarias, profesionales de las disciplinas de Trabajo Social, Enfermería, Medicina, Obstetricia y Medicina Clínica, siendo profesionales pertinentes para el abordaje de la temática. Las observaciones se realizaron en dos ocasiones, entre los meses de diciembre de 2023 y mayo de 2024, en el ámbito de la mesa de entrada, sala de espera y durante una reunión de equipo, ésta última mientras la atención al público permanecía suspendida como horario protegido¹.

El presente trabajo se organiza de la siguiente manera. En el primer capítulo se presenta la fundamentación con los aspectos generales de investigación, que incluye el problema y objetivos de investigación, preguntas orientadoras, y el escenario, es decir, el contexto institucional y geográfico del CAPS Las Playas, donde se realiza la investigación. El segundo capítulo aborda el marco teórico, esto es, los aspectos teóricos que sustentan este trabajo, desde la noción de desigualdades sociales y de género en vinculación con un término central de la disciplina de Trabajo Social, como es la “cuestión social”. Luego, se da comienzo al concepto de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, sus elementos teóricos e históricos, en relación con los derechos reclamados y reconocidos en Argentina, constituyendo el marco normativo de los mismos. Posteriormente, al ser los derechos sexuales abordados en el ámbito de la salud, se desarrollan los conceptos de Atención Primaria de la Salud e Interdisciplina. Finalmente, se desarrolla el término de “prácticas sociales”, entender a las mismas posibilita llevar a cabo la obtención de datos y el análisis de este trabajo de investigación, en este caso, las prácticas sociales que lleva a cabo el equipo del CAPS. Por último, el tercer capítulo recupera las nociones metodológicas propuestas en el Anteproyecto que antecede al presente TFG, dando lugar al análisis de la información obtenida en el trabajo de campo realizado.

En efecto, los resultados de la investigación posibilitan comprender la complejidad en el acceso a los derechos, representando un campo de tensión entre distintos obstáculos y facilitadores de acceso, en donde interviene el Trabajo Social en una trama institucional e interdisciplinaria.

¹ El horario protegido es una herramienta de la modalidad de trabajo de la Secretaría de Salud de la cual depende el CAPS para posibilitar reuniones del equipo de salud dirigido a capacitaciones y planificaciones. Consiste en encuentros de dos horas semanales en cada CAPS, en donde permanece suspendida la atención al público, a excepción de urgencias.

CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

Fundamentación

Estudiar cómo se abordan los derechos mencionados en los servicios de salud pública, y más específicamente en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS), teniendo en cuenta los contextos actuales de profundización de las desigualdades sociales y, a la vez, de debilitamiento de las políticas públicas y fragmentaciones en el sistema de salud, implica retomar interrogantes desde la categoría de la accesibilidad (de derechos), en términos de ciudadanía. Recuperar estos conceptos posibilita reconocer a la APS como una estrategia que promueve a la salud como un proceso colectivo, enmarcado en los derechos humanos.

Por otro lado, es necesario conocer los factores que median las leyes y políticas sociales con los servicios brindados y las acciones de los/as agentes de salud, es decir, con el modo de aplicar estos programas en las realidades cotidianas y locales. Es en este nivel donde se conjugan obstáculos y avances para el acceso a los derechos, en este caso, los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos (Pecheny, 2006; Bosio y Crosetto, 2020). Esto posibilita comprender que una vez enunciado e institucionalizado un derecho, es necesario desplegar una variedad de condiciones para su ejercicio, tanto materiales como simbólicos, en las que intervienen los actores sociales.

En este sentido, la disciplina de Trabajo Social ha desarrollado numerosos estudios en relación al acceso de los derechos impulsado desde las políticas públicas como modo de dar respuesta (ya sea de manera integral como fragmentada) desde el Estado a las inequidades y problemáticas sociales.

En cuanto a las políticas de la salud, Carballada (2012) nos propone pensarlas desde el concepto de la accesibilidad, como un lazo social entre el sistema de salud y los usuarios, en tanto el modo en que los/as usuarios/as ingresan, transitan y permanecen en él. Accesibilidad que está ligada con las prácticas de los equipos, los aspectos organizacionales, las concepciones y discursos que circulan. Dicho autor reflexiona sobre la accesibilidad también en sentido territorial, en donde se pueden conjugar en el encuentro con los usuarios “sentidos, pujas, posibilidades y disrupciones que se imbrican con el Sistema de Salud” (2012, Sección 6. Accesibilidad y Territorio, parr. 1). Esto es un aspecto importante teniendo en cuenta que la institución donde se realiza la investigación, es decir el CAPS del barrio Las Playas de Villa María, se encuentra enmarcado en un programa local llamado “Programa de Gestión Territorial Integral” (PGTI), cuyos ejes conceptuales incluyen la territorialidad, la interdisciplinariedad, la participación social, la integralidad y la intersectorialidad.

En cuanto a los antecedentes de investigación con respecto al abordaje de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en el ámbito de la salud pública, fue de gran aporte la investigación de Cappuccio, Nirenberg, y Pailles (2005), en relación a las barreras que pueden existir para el acceso de estos derechos. Siendo un estudio realizado en los primeros años de implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en la investigación mencionada se propusieron “conocer los obstáculos basados en actitudes y concepciones del equipo de salud que dificultan la adecuada atención de la salud sexual y

reproductiva” (p. 69). Los resultados expuestos en el texto afirman que, en cuanto a los problemas detectados en los servicios de salud, se incluyeron los problemas de embarazo no deseado/no programado, el embarazo adolescente, y la cuestión de los abortos clandestinos con sus complicaciones (teniendo en cuenta que en el momento de dicha investigación el derecho al aborto se encontraba restringido). Asimismo, en torno a los problemas referidos a los propios servicios de salud, fueron señalados prioritariamente “la carencia de recursos humanos y su déficit de capacitación/actualización en materia de salud sexual y reproductiva” (p. 81), dificultando principalmente la realización de acciones de orientación o consejerías, además de las barreras meramente administrativas, relacionados con los horarios de atención, modalidad para conseguir turnos y largas esperas presenciales; como así también la resistencia a la entrega de métodos anticonceptivos a adolescentes sin la presencia de familiares adultos responsables. Las exigencias de estudios complementarios para acceder a la entrega de MAC, como así también, la falta de continuidad en el suministro de determinadas formas o marcas de métodos anticonceptivos, representan otras dificultades para el acceso.

Con esto, se puede advertir que pueden existir mecanismos de accesibilidad y, también, de barreras y limitaciones en la trama institucional entre un equipo de salud, los programas o políticas con las cuales trabaja y la población usuaria.

Finalmente, con el presente trabajo se propone, desde una perspectiva crítica y de género, repensar y reposicionar los derechos sexuales, de manera integral, siendo que históricamente han sido atribuidos de forma predominante a los derechos reproductivos. De esta manera, poder identificar los contextos simbólicos y materiales en que se desarrollan las prácticas sociales en el abordaje de los derechos mencionados en el ámbito de la salud pública.

Problema de investigación

¿Cómo desarrollan las prácticas sociales en el abordaje en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos el equipo de trabajo del Centro de Atención Primaria de Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la ciudad Villa María?, durante el año 2023-2024.

Objetivos

Objetivo general:

Describir las prácticas sociales en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos por parte del equipo de trabajo del Centro de Atención Primaria de la Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la ciudad de Villa María. Año 2023-2024.

Objetivos específicos:

- Conocer cuáles son los procedimientos y modalidades de trabajo para el acceso a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en el CAPS.
- Identificar qué acciones específicas de APS lleva a cabo el equipo de trabajo del CAPS, en términos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción en torno a los derechos sexuales.
- Determinar cuál es la formación específica y actualizaciones del equipo de trabajo del CAPS en materia de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.
- Analizar cómo es el lenguaje verbal y corporal, conductas, discursos y conocimiento del equipo de trabajo del CAPS al vincularse con la población que asiste al mismo.

Preguntas orientadoras

Otras preguntas que guiaron esta investigación fueron:

- ¿Qué acciones de prevención y promoción de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos lleva a cabo el equipo de trabajo del Centro de Atención Primaria de Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la ciudad de Villa María?
- ¿Se llevan a cabo acciones coordinadas, interdisciplinarias y multisectoriales para el abordaje de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos?
- ¿El equipo de trabajo cuenta con capacitación específica en materia de salud sexual reproductiva y no reproductiva?
- ¿Cómo se lleva a cabo la entrega de métodos anticonceptivos y anticonceptivos de emergencia en el centro de salud?; ¿Existen requisitos o condicionantes para dicho suministro?
- ¿Cómo se realiza la entrega de métodos anticonceptivos a personas menores de 18 años de edad?
- ¿Cómo se abordan las inquietudes por embarazos no deseados/planificados? ¿Plantean la opción de la Interrupción Voluntaria de Embarazo?
- ¿Se evidencian relaciones asimétricas entre el equipo de trabajo del CAPS y las personas que asisten al mismo?

- ¿Los derechos sexuales son abordados desde un paradigma heteronormativo, o contemplan las diversidades sexuales?
- ¿Es reconocida la identidad y/o nombre autopercibidos de las personas aun cuando éstas difieran de la identidad y/o nombres asignados en el Documento Nacional de Identidad?

ESCENARIO: CAPS Las Playas

Contexto institucional

La presente investigación ubica su estudio en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la Ciudad de Villa María. Este CAPS pertenece a la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María (MVM). Atiende a una determinada zona programática, comprendida por los barrios Las Playas, Evita, Industrial, Barrancas del Río y Villa Albertina, y zona rural de dicha ciudad, aunque la atención está dirigida a toda persona que acuda a la institución.

La Secretaría de Salud está compuesta por: una Asistencia Pública, 13 Centros de Atención Primaria de la Salud, un Hogar de Ancianos Municipal y un Hogar de Día Encuentro.

Desde la Secretaría de Salud municipal se implementa el Programa de Gestión Territorial Integral (PGTI) *Salud, Familia y Comunidad*. Este programa es definido como “una estrategia de abordaje integral de la salud en los servicios de atención primaria, basada en la territorialidad, la interdisciplinariedad, la participación comunitaria, la integralidad y la intersectorialidad” (Ciuffolini et al., 2020). Su creación fue establecida por la ordenanza N° 7122 decreto N° 339 del Concejo Deliberante Villa María, sancionada el 23 de marzo del año 2017.

Dicha ordenanza establece los siguientes objetivos del Programa De Gestión Territorial Integral, en su artículo 2:

- Desarrollar un proceso de gestión colectiva de acciones de cuidado de la salud, en áreas territoriales de población bajo cuidado.
- Incorporar herramientas conceptuales y metodológicas que faciliten el abordaje de los problemas de salud centrado en la persona.
- Promover el desarrollo de acciones integrales de protección de la salud, centradas en las necesidades de la comunidad y en los perfiles epidemiológicos locales.
- Proporcionar atención sanitaria de alta calidad, prestando cuidados integrales desde la perspectiva centrada en la persona, la familia y la comunidad.
- Proporcionar cuidados de salud, en forma continua, integral e integrada durante todas las etapas del ciclo vital familiar.
- Sustentar en un proceso de educación permanente el desarrollo de acciones de gestión colectiva de la protección de la salud.
- Adquirir habilidades y destrezas para resolver los problemas de salud prevalentes de la población.
- Facilitar la articulación teórico-práctica, mediante la atención de situaciones problemáticas altamente frecuentes en la práctica cotidiana de los Centros de Atención Primaria de la Salud.

- Adquirir herramientas de resolución de dudas clínicas y actualización centradas en el análisis crítico de la literatura.
- Jerarquizar los procesos de trabajo mediante la instrumentación de una carrera sanitaria. (Boletín oficial 182, p. 220)

Los ejes conceptuales del PGTI están desarrollados en la ordenanza, en su artículo 3. Los mismos incluyen las áreas territoriales de población bajo cuidado, teniendo en cuenta las subpoblaciones específicas en relación a factores de riesgo y patologías, la interdisciplinariedad, la participación social, la interinstitucionalidad e intersectorialidad de los cuidados, la atención integral centrada en la persona, la familia y la comunidad y la Educación Permanente en Servicio, dirigido al equipo de trabajo y profesional. Estos se plantean a los fines de abordar los complejos problemas de salud, conociendo los determinantes y condicionantes sociales del territorio y contemplando los aspectos físicos, emocionales, familiares y sociales en todo el proceso salud-enfermedad.

En cuanto a las áreas territoriales de población bajo cuidado, establece que uno de sus ejes es “la responsabilidad nominada de la población, también llamada “nominalización”, para lo que es necesario pasar de un paradigma de empadronamiento a otro de responsabilidad nominada, esto implica la conformación de un equipo de trabajo territorial, la atención domiciliaria y ambulatoria” (Boletín oficial, p. 220). Este eje “posibilitará la definición de las líneas de acción para actuar sobre la determinación social, las subpoblaciones con riesgo, con condiciones de salud y enfermedad específicas, y las personas con enfermedades complejas, que deben ser atendidas y seguidas” (Boletín oficial, p. 220-221). Establece el seguimiento como una característica de la modalidad de atención por responsabilidad nominada.

Sobre los equipos interdisciplinarios, la ordenanza local enuncia “significa enriquecer la perspectiva de comprensión del proceso salud-enfermedad, con el aporte de conocimientos y competencias diferentes, guiados por un objetivo común. Los miembros del equipo deben tener claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo, y todos deben compartir la responsabilidad de los resultados” (p. 221).

En cuanto a la educación permanente de los equipos de salud, se considera un aspecto fundamental del PGTI, como herramienta de gestión, debiendo ser “un proceso continuo y sostenido de construcción colectiva” (Ciuffolini et al., 2020, p. 12), a los fines de resignificar y poner en valor los saberes y prácticas de salud. La educación permanente en salud se encuentra establecida por la ordenanza local mencionada, en la cual además, se establece el horario protegido semanal en los centros de salud para propiciar el aprendizaje colectivo.

Contexto barrial - geográfico

Villa María es una ciudad del centro de la provincia de Córdoba, Argentina, cabecera del departamento General San Martín. Es la tercera ciudad más poblada de la provincia, luego de la ciudad capital y Río Cuarto (segunda ciudad de la provincia), según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

El CAPS “Carlos Manuel Vijande” donde se realiza la presente investigación está ubicado en la calle Arturo M. Bas N° 276, en el barrio Las Playas. Las Playas constituye un barrio periférico, ubicado en la zona sureste de la ciudad de Villa María, a unos 8 km de distancia del centro de la misma.

Su origen histórico se encuentra ligado al ferrocarril, con la instalación de las playas de maniobras del ferrocarril, en el año 1925, para la movilización de la producción agrícola. Esta obra fue de las más importantes de la época, que movilizó gran número de obreros, haciendo que las primeras familias se establezcan en el lugar, y en el marco de este proyecto, “dio lugar al surgimiento de un importante barrio, el más alejado de la zona urbana de Villa María” (Calvo, 1989, p. 224). Posteriormente, se sumaron a los habitantes del barrio trabajadores de cortadores de ladrillo. El autor, en su reconstrucción de la historia local, y de sus barrios, relataba que el barrio era “pueblo aislado, sin transporte, salvo una aberración de tren obrero ferroviario que corría de Villa María a Las Playas, sin permitir el acceso del público en general” (p. 224), generando esto acciones de los vecinos vinculado a algunos servicios, como el transporte, para posibilitar el vínculo con el resto de la ciudad, y algunas obras públicas, como desagüe. Luego, en las proximidades se instaló el Matadero Modelo Municipal, la Usina eléctrica y la Fábrica Militar de Pólvora y Explosivos. Por ello, el desarrollo del barrio estuvo vinculado al sector obrero y al proceso de industrialización nacional.

En las décadas siguientes continuaron los reclamos e inquietudes de vecinos, algunos de ellos vinculados a la educación y espacios sociales, como un club deportivo. Otro proceso estuvo vinculado a aspiraciones independentistas, que buscaban la autonomía municipal del barrio, siendo que “La comunidad de “Las Playas” se sentía postergada en en sus aspiraciones y mínimas necesidades por la propia municipalidad de Villa María, en cuya elección de autoridades ni siquiera ejercían el derecho al sufragio” (Calvo, 1989, p. 225).

Estos procesos, por un lado de carácter políticos, que incluía los reclamos de adquirir autonomía, como por el otro, de fortalecer el vínculo con la ciudad, a la par de procesos socioeconómicos, forjaron una identidad barrial.

En la actualidad, el territorio está conformado por grupos sociales asociados a la categoría de sectores populares. Si bien, desde sus comienzos, el barrio fue asociado a una identidad de “trabajadores”. Luego, la pobreza y la desocupación emergentes de la aplicación de las políticas neoliberales en los 90, generaron un sentido de “segregación” en relación al resto de la ciudad de Villa María, que lo configuró como un barrio estigmatizado. (Truccone, Remondetti y Huecke, 2019, p. 6)

La historicidad y características del barrio configuran al territorio en el cual está ubicado el CAPS, a su población, y al vínculo entre ambos.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

“Un trabajo social crítico y situado debe apuntar al minucioso esfuerzo de deconstrucción de múltiples mandatos opresivos que trae instalada la forma hegemónica de comprender la heterosexualidad”
(Hermida, 2021)

Cuestión Social, desigualdades sociales y de género

Desde la disciplina de Trabajo Social, conocer el ámbito de acceso de los derechos y los modos de abordaje es fundamental, en el contexto de las sociedades capitalistas y patriarcales, que originan múltiples desigualdades sociales y de género. Así, desde nuestra profesión se entiende que estas desigualdades actuales, en torno a la satisfacción de las necesidades básicas y al acceso de bienes y servicios, son constituidas por la “cuestión social”, siendo esta categoría un elemento central en el desarrollo profesional y disciplinar.

En términos de Estela Grassi (2004), la “cuestión social” refiere a la problemática social en las sociedades capitalistas modernas, lo cual remite a una unidad de tensión específica entre la desigualdad social (por la separación del productor de sus medios, y la división social del trabajo) y la igualdad civil, fundada en el pensamiento moderno y en el liberalismo político. En síntesis, se trata de una tensión entre, por un lado, igualdad y libertad formal, y por el otro lado, desigualdad social estructural. De acuerdo a los aportes de dicha autora, el capitalismo como modo de producción, supone la apropiación de los medios de producción por parte de la clase dominante, generando a su vez, una clase desposeída, que solo cuenta con su fuerza de trabajo, convertida entonces en mercancía. En consecuencia, se genera una sociedad dividida en clases irreconciliables, y la subordinación del trabajo al capital (Grassi, 2003).

Asimismo, la respuesta histórica del Estado frente a la “cuestión social” ha implicado, siguiendo a Netto (2002), una naturalización y moralización, es decir, se ha procurado contener los conflictos sociales y la reacción de la clase trabajadora, preservando el orden aparentemente “natural” de la sociedad capitalista. De este modo, “la cuestión social no se presenta como tal (...), sino que, en cada época, se particulariza en problemas sociales que son, a la vez, la expresión hegemónica del modo como se interroga, interpreta, resuelve, ordena y canaliza la misma” (Grassi, 2003, p. 22).

Fernández Soto (2004) expone que el Estado ha construido formas institucionales de incorporar a la esfera pública las demandas sociales, atendiendo a las expresiones de la cuestión social de manera parcializada, mediante dispositivos técnico-profesionales, que son, en fin, las políticas sociales. En estos dispositivos se desarrolla mayoritariamente el ejercicio profesional de los y las trabajadoras sociales en tanto intervención social, que “interviene directamente en la realidad social participando en los complejos procesos de producción/ reproducción de la sociedad como totalidad compleja y de las específicas relaciones sociales que contiene” (p. 99).

Esta concepción de cuestión social es recuperada por autores reconocidos de nuestra disciplina de corriente marxista. Para enriquecer estos aportes, resulta interesante sumar la mirada de otros autores que aportan desde un pensamiento situado, latinoamericano y con una perspectiva de género.

En relación con lo primero, Carballeda ha propuesto pensar la cuestión social de manera situada, en este caso, en términos nacionales y americanos. “La cuestión social, como problema y como concepto llega a América de la mano de los europeos, impuesta por la conquista” (2010, p. 20). Expone que la creación de la fuerza de trabajo en el continente americano se dio diferente al europeo, y con ello, el emerger de la cuestión social, ya que la colonización no solamente significó el violencia y empobrecimiento de los pueblos originarios, sino también, la ruptura de sus lazos sociales. “Esa desigualdad es producto de factores económicos, políticos, culturales y sociales. No implica ni capital ni trabajo (tal como se expresaron en Europa), sencillamente: depredación, saqueo y desencuentro entre unos y otros” (2010, p. 22).

Otras autoras, como Hermida (2012) y Barreto Cortez (2014), trayendo aportes de epistemologías feministas y posdecoloniales/decoloniales, proponen repensar el término de cuestión social, no sólo en la relación contradictoria capital-trabajo, sino en la relación capital-trabajo-raza-género que ha generado históricamente desigualdades y opresiones.

Para el Trabajo Social la comprensión de la “cuestión social” como el producto no solo del capitalismo, sino de la colonialidad del poder, implica el reconocimiento de la enredada y compleja relación entre explotación-dominación-conflicto en el sistema- mundo - capitalista - patriarcal -moderno - colonial. (Barreto Cortez, 2014, p. 202)

Esto, entendiendo que el colonialismo, el racismo y el patriarcado han servido como elementos constitutivos del sistema capitalista en nuestro continente.

En este sentido, para Federici (2011) el proceso de acumulación originaria fundamental para el desarrollo capitalista incluyó otros factores importantes, que Marx no tuvo en cuenta: el desarrollo de una nueva división sexual del trabajo que somete el trabajo femenino y la función reproductiva de las mujeres a la reproducción de la fuerza de trabajo (las tareas domésticas y de cuidado como trabajo no-pagado realizado por las mujeres); la construcción de un nuevo orden patriarcal, basado en la exclusión de las mujeres del trabajo asalariado y su subordinación a los hombres; “y la mecanización del cuerpo proletario y su transformación, en el caso de las mujeres, en una máquina de producción de nuevos trabajadores” (p. 21-22).

Esta construcción social en torno al ser-mujer, fundada en la opresión patriarcal, permitió normalizar y naturalizar la división sexual del trabajo, lo que refuerza y sedimenta la función reproductiva de las mujeres, haciendo que históricamente se asocie la sexualidad de las mujeres a dicha función. Estas construcciones remiten al término “género” que, noción también objeto de múltiples disputas y reinterpretaciones, puede entenderse como aquellas compuestas por “las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y los hombres y, por tanto, intenta diferenciar el sexo biológico de la forma en que la sociedad construye el «ser hombre» o «ser mujer»” (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004, p. 3).

En términos de Mattio (2012), recuperando a Judith Butler, este orden social sexo-género incluye otra noción: el deseo, desde una normativa heterosexual, imponiendo así un binarismo de género –varón/mujer– en correlato con la diferencia sexual biológica –macho/hembra–, en donde el deseo se establece por oposición, “si se nace macho, entonces se es varón, por consiguiente, se desea a mujeres; o bien, si se nace hembra, entonces se es mujer, por consiguiente, se desea a

varones” (Mattio, 2012, p. 89). Este orden binario heteropatriarcal supone un disciplinamiento de los cuerpos, en sus construcciones de géneros, subjetividades y modos de relacionarse, y a la vez, un modo de entender a los otros en esta misma lógica que, además, sanciona a quien transgrede estas normas sociales. En este sentido, Hermida (2021) entiende la “heterosexualidad como régimen político, como dispositivo de subjetivación y disciplinamiento, y no solo como orientación sexual. Maternidad y heterosexualidad se imbrican generando la ficción de una adecuación natural que es en realidad histórica” (p. 55).

Estas construcciones sociales genera desigualdades sociales y de género que no se dan de manera natural ni azarosa, sino más, responden a un orden estructural de nuestra sociedad, producto del sistema capitalista y patriarcal, estableciendo jerarquías sociales e inequidades que afectan, entre otros derechos, el acceso a la salud y a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos

Los derechos sexuales no quedaron fuera de las disputas de sentidos y lucha de poder, como así tampoco han quedado ajenos del orden binario heteropatriarcal mencionado previamente.

En principio, entendemos por derechos sexuales, tal cual expone Brown (2008), a:

1) los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto, puerperio pero también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida; es decir aquellos eventos relacionados con la **reproducción**; 2) los derechos relativos a decidir si tener o no hijos o hijas, a decidir con quién, cómo y cuántos y a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con **anticoncepción y aborto**; 3) los derechos relativos al ejercicio libre de la **sexualidad** sin discriminación, coerción o violencia. (Sección Reconstruyendo la historia, párr. 1)

Con el fin de dar cuenta del segundo y tercer aspecto se decide incluir el término “no reproductivo” en la categoría de los derechos sexuales, ya que históricamente esta categoría ha sido atribuida de forma predominante a la cuestión reproductiva, al punto de ser traducidos desde algunas políticas públicas como “Planificación Familiar”, otorgándole un lugar menor, de alguna manera, al derecho del ejercicio de las sexualidades, libres del mandato de la maternidad y la heterosexualidad obligatorias.

Brown (2008) realiza una reconstrucción histórica de la denominación “derechos sexuales”, que ha sido objeto de diversas críticas, planteando cómo surgió el mismo y se instaló en la agenda pública, a la vez que analiza tanto las disputas como los consensos simbólicos y políticos generados por parte de distintos sectores, lo cual ocurrió en Argentina con el retorno democrático en 1983, a partir de las demandas de mujeres y feministas, causando la reacción de grupos religiosos de derecha, que se oponen a estos reclamos. Mientras, en los organismos internacionales ingresó este debate a mitad de la década de los ochenta, con el término de “planificación familiar” o “salud-derechos reproductivos”, lo cual fue reiterado por las legislaciones nacionales.

Se trata de una denominación que en su trayectoria mundial atraviesa disputas de sentidos por parte de diferentes sectores. Dichos sectores incluyen los movimientos sociales feministas, que han puesto en agenda estos reclamos vigente hasta la actualidad; los Estados y organismos

internacionales, ya sea atendiendo y ejecutando políticas públicas o haciendo caso omiso en otras circunstancias; y aquellos conservadores, como los religiosos, con un rol tradicional de la Iglesia Católica, pero también con la emergencia de otras religiones, que han intentado desde entonces obstaculizar el ejercicio de estos derechos. Los movimientos de mujeres instalaron esta demanda en los años 60 en Estados Unidos y Europa, y se expresó en Argentina con la vuelta de la democracia. Así, recuperando esta historización, plantea Brown (2008) “Desde los '60, uno de los ejes centrales de la emancipación de las mujeres dentro de los procesos políticos, económicos y sociales, ha estado centrado en torno de la sexualidad” (Sección El cuerpo como punto de clivaje, párr. 4). Se procuraba separar la sexualidad de la procreación, recuperar el lado placentero en el ejercicio de la sexualidad, logrando conseguir la autonomía y control sobre sus cuerpos, con el protagonismo de la píldora anticonceptiva y el reclamo por el derecho al aborto legal, libre y gratuito. Ello no tardó en recibir reacciones de los grupos de derecha, católicos, y reconocidos antiabortistas.

En los '90, la temática se instaló dentro de los organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes lo incluyen en sus resoluciones y plataformas de acción, primero con la denominación planificación familiar, y luego con la de derechos/salud reproductiva, momentos claves fueron la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto, en 1994 y la IV Conferencia Internacional de la Mujer en Pekín, China en 1995. Proceso que también tuvo como factor importante las políticas de población coercitivas impuestas a las mujeres de los países del tercer mundo. Como explica Brown (2008):

Es importante recordar aquí que el término derechos reproductivos no es un concepto impuesto por los organismos internacionales sino que tiene que ver con el movimiento de mujeres y las feministas (...) fueron ellas quienes presionaron por la incorporación de estos temas en el ámbito internacional”. (Sección Los derechos (no) reproductivos desde Naciones Unidas al mundo. El Cairo y Beijing como puntos de inflexión, párr. 5)

La autora reflexiona sobre el proceso histórico que atravesó el término de derechos sexuales y advierte que la idea de derechos reproductivos y sexuales que tenía el grupo de feministas y del movimiento de mujeres, contrasta con el modo en que se insertó en Naciones Unidas y en las legislaciones nacionales. Además, expone que el consenso fue prioritariamente en torno a la reproducción y en las posibilidades de anticoncepción, de manera que se excluyó la discusión sobre el tema del aborto y el ejercicio de sexualidades no heteronormativas – reproductivas.

A su vez, la investigadora pregunta cuáles son las limitaciones y posibilidades del término, vinculado a la noción de la ciudadanía. En cuanto a sus posibilidades, radica en la visibilidad y el reconocimiento público, en términos de ser un reclamo ante el Estado, es decir, “suponen un mínimo exigible al Estado en términos de derechos históricamente negados a un conjunto de seres humanos (las mujeres) también históricamente vulnerabilizados” (Brown, 2008, Sección Consideraciones finales, párr. 1). En este sentido, “se relaciona con la posibilidad de que ser ciudadana plena y gozar de ciertos derechos reproductivos deje de ser una cuestión de privilegios que se distribuyen en el mercado y se constituya en un derecho ciudadano” (Brown, 2008, Sección Dificultades teóricas y políticas, párr. 7). Por otro lado, las críticas hacia este término ponen de manifiesto sus límites debido

a “la expresa referencia a la reproducción y la ausencia explícita de su contracara, la no reproducción” (párr. 1).

Al respecto, Pérez Duarte y Noroña (2002) afirman que ambas conferencias de El Cairo (1994) y de Pekín (1995) “marcaron un hito en el reconocimiento y la construcción de los derechos humanos vinculados con la reproducción y la sexualidad”. (Sección IV, párr. 1). Esta autora analiza dichos textos internacionales desde la perspectiva de género, y expone que en ellas la espina dorsal de los derechos reproductivos fue la planificación familiar, y se redujo los derechos sexuales principalmente a la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, y a los “embarazos precoces”, planteando en el diseño de políticas públicas la lógica del poder patriarcal (párr 8). No obstante, tuvieron algunos avances, como, por ejemplo, “el tratamiento puntual sobre el aborto en El Cairo que incluye el compromiso de dar un trato humanitario y respetuoso a las mujeres que recurren a él” (Sección IV, párr. 15).

Por otra parte, dicha autora refiere a perspectiva de género como un auxiliar para evidenciar la simbolización cultural de las diferencias entre varones y mujeres, sus relaciones con respecto a la sexualidad y reproducción, así como también los códigos de conductas que surgen de esta simbolización, y que ha permeado en el inconsciente colectivo como una verdad absoluta y aparentemente natural. De esta manera, la perspectiva de género da cuenta y problematiza las relaciones desiguales y de poder existentes en nuestra sociedad. Desde esta perspectiva, afirma “la sexualidad y la reproducción son visualizadas como el eje sobre el cual giran los símbolos y representaciones de lo femenino y lo masculino, del “quehacer” de la mujer y de las “responsabilidades” del varón” (2002, Sección II, párr. 9). Además, advierte históricamente (y en los escritos internacionales) la tentación de confundir género con mujer, y perspectiva de género con asunto de mujeres.

La reconstrucción histórica realizada posibilita enunciar que la conquista de estos derechos es producto del interjuego entre la lucha de los movimientos sociales (en este caso de mujeres, feminismos y de la diversidad sexual) y aquellas demandas que han sido incorporadas por los Estados y los tratados internacionales. Es interesante tener en cuenta que, en estas reivindicaciones populares de los derechos, “se politizan relaciones sociales: relaciones consideradas privadas son reveladas como atravesadas por una dimensión política (por subordinaciones, dominación e incluso violencia), relaciones percibidas como naturales se reconocen como construidas social e históricamente” (Pettracci y Pecheny, 2009, p. 39).

En las pujas desarrolladas, entendidas como procesos históricos, se visibiliza lo que afirma Di Liscia (2011) al referir que “los derechos sexuales y reproductivos constituyen un campo de conflicto en el que el cuerpo de las mujeres es disputado y sometido a prácticas médicas, dogmas religiosos, reglas morales, intereses económicos y controversias políticas” (p. 161). Por ello, la autora considera que la lucha por los derechos sexuales y reproductivos presenta una vigencia ininterrumpida, ya que son derechos que no se pueden dar por sentado, siendo que en distintos momentos pueden ver amenazados por retrocesos y que es necesaria “la vigilancia y defensa del cumplimiento de lo que ya se ha obtenido”, en pos de la efectiva garantía de los derechos alcanzados (p. 159).

Argentina, con la reforma constitucional de 1994, se inscribe en el marco internacional en el que se estaban abordando los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos (DSRyNR) y los derechos de las mujeres, fomentando por parte de los organismos internacionales la discusión sobre los mismos. Así, según expone Darget, “para el caso de las mujeres en Argentina, los DSRyNR tienen rango constitucional tras suscribir a la CEDAW en la reforma de 1994 (incluida en art. 75, inc. 22)” (2020, p. 2). Esto significa que los tratados y concordatos incluidos en la constitución tienen jerarquía superior a las leyes.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), proclamado por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979, en su artículo 12 compromete a los Estados partes a adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres y, en lo que compete a este trabajo, eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la planificación familiar, estableciendo el derecho a tener acceso a la información, la educación y los medios que permitan ejercer estos derechos (art. 16, inc. e).

Consecuente a los compromisos adoptados en los tratados internacionales y las demandas ejercidas por el sector social, se legislaron en Argentina desde principio del siglo XXI una serie de leyes que pretendieron garantizar los derechos humanos y ampliar, específicamente, los derechos sociales. Período que, luego de una profunda crisis social, política y económica (con el estallido del 2001), se dio paso al ciclo que comenzó con la asunción en 2003 de Nestor Kirchner y perduró hasta 2015, tras dos gobiernos consecutivos de Cristina Fernandez de Kirchner. Se podría decir que este período significó el avance en materia de derechos, con número significativo de legislaciones que dieron lugar a políticas públicas, confluyendo procesos sociopolíticos y normativos. Teniendo en cuenta a Hermida y Meschini (2016), diversas demandas populares surgidas en distintos contextos, algunas con antelación a este ciclo y otras durante el mismo, “han logrado carácter institucional sin contar necesariamente en muchos casos, con un sustento de legitimidad en el conjunto de la sociedad, encontrándose en disputa y en tensión” (p. 56). Esto explica cómo muchas de las leyes, a desarrollar posteriormente, fueron legisladas en un contexto de tensión de sectores contrapuestos, por ejemplo, de un lado los movimientos de mujeres, feminismos y diversidades sexuales, y por el otro, sectores reaccionarios y/o religiosos. Por esto también, es que no son procesos acabados ni están garantizados para siempre, sobre todo cuando se trata de conquistas que (procuran) democratizar derechos.

La importancia de estas leyes, en términos institucionales y políticos, radica en conseguir “visibilidad y reconocimiento como asuntos de orden público y objeto de demandas exigibles al Estado” (Brown, 2008, Sección Dificultades teóricas y políticas, párr. 17), entendiendo al acceso efectivo de los derechos como fundamental en el ejercicio de la ciudadanía, a pesar de los límites que tienen algunas de las mismas en su implementación.

En este sentido, según señalan tanto Brown (2008), como Petracci y Pecheny (2009, p. 61), no alcanza con “el derecho a tener derechos”, la ciudadanía implica adquirir las condiciones materiales y simbólicas que permitan ejercer estos derechos, siendo de por sí, recursos que no están universalmente disponibles en una sociedad. En relación a los recursos simbólicos, se trata de derechos que requieren de visibilidad en pos de su acceso y la democratización de la información, ya

que “la promulgación de normativas jurídicas no es suficiente para el pleno goce de estos derechos” (Darget, 2020, p. 2). Las políticas públicas tienen dicha función, de disponer de recursos públicos en pos del ejercicio de dichos derechos y la ejecución de las leyes conquistadas. Políticas que, como se dijo anteriormente, se tratan de dispositivos técnico-profesionales que pretenden dar respuesta a las problemáticas sociales, como expresiones de la cuestión social. No obstante, es necesario que las políticas públicas cuenten con los financiamientos necesarios para la efectiva aplicación de programas y leyes.

Seguidamente, realizaremos un repaso por el marco normativo-legislativo sobre la temática desarrollada. Leyes sancionadas en Argentina en las últimas décadas que –pretenden– reconocer a las personas como sujetos de derecho, en su capacidad de decidir sobre sus cuerpos, su salud, sus vidas, en pos de poder construir autonomía.

Derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en Argentina - Marco legislativo

En principio, y en lo que respecta a los DSRyNR, es central la sanción de la Ley Nacional N° 25.673 de Creación del **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** (PNSSyPR), sancionada en el año 2002, presentando “el primer paso de un nuevo paradigma de derechos” (Cattaneo y Suárez, 2007, p. 1). Pretendiendo la garantía de los mismos en todo el territorio nacional, establece ser cubiertas por los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados, incluyendo las prestaciones especificadas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico (art. 7, Ley 25673).

Esta ley enumera los objetivos del programa, los cuales incluyen:

- 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 morbimortalidad 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 genital 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. (art. 2)

Mediante el PNSSyPR, además de suministrar insumos anticonceptivos y anticonceptivos de emergencia, se generaron líneas de acción de difusión del programa, incluyendo en instituciones educativas, y propuestas de capacitación, tanto para la atención de la salud sexual integral, como para poblaciones específicas, como la diversidad sexual, personas con discapacidad y adolescentes. Se promovió la adhesión en las provincias del país, con la propuesta de implementación de programas y monitoreos. En el caso de la Provincia de Córdoba, la Ley Provincial N° 9.099 se adhirió a la Ley Nacional 25.673 (en el año 2003).

Posteriormente a esta legislación, continuó la Ley N° 25.929 del año 2004, conocida como **Ley del Parto Respetado**, la cual establece el derecho de madres, padres y de las personas recién nacidas, a ser tratados con respeto, teniendo en cuenta sus pautas culturales; a recibir información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente, entre otros. En lo respecta a la persona gestante, en la medida en que el estado de salud lo posibilite, al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas; a estar acompañada, por una persona de su confianza durante el trabajo de parto, parto y postparto; a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales; y a recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña (art. 2). Prestaciones incorporadas al PMO, y rigiendo además del ámbito de salud pública, las obras sociales y entidades de medicinas prepagas.

Durante el año 2006, se legislaron la ley N° 26.130 **Anticoncepción quirúrgica** (vasectomía y ligadura de trompas) y la ley N° 26.150 de **Educación Sexual Integral** (ESI). La primera, establece que toda persona mayor de edad, que lo requiera formalmente mediante consentimiento informado, tiene derecho a acceder dichos tratamientos en los servicios del sistema de salud, públicos, prepagos y obras sociales. Por otro lado, la ESI establece que todos los educandos de escuelas de gestión estatal y de gestión privada tienen el derecho a recibir educación sexual integral, entendiéndose por ella la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos (art. 1). Además, se determina que, en vinculación con el PNSSyPR, se buscará prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular (art. 3, inc. d).

En 2009 se obtuvo la Ley N° 26.529 de **Derechos del Paciente** en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, el cual establece pautas en relación a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, respetando su confidencialidad y trato respetuoso. Unos años después, fue sancionada la Ley N° 26.862 **Fertilización Asistida**, en el año 2013, la cual tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida, quedando incluido en el PMO.

En cuanto a otros derechos que completan los DSRyNR, se encuentra Ley N° 26.485 de **Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres** en los Ámbitos en que desarrollen sus Relaciones Interpersonales, del año 2009, que establece el derecho de las mujeres a una vida sin violencia, a su salud, educación y seguridad personal, a su integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, y a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, entre otros, debiendo el Estado brindar medidas integrales necesarias de asistencia, protección, seguridad y asesoramiento. También, se especifican las modalidades de violencia que entiende la legislación, incluyendo, además de la reconocida (y por lo general mayor visibilizada) violencia doméstica, la violencia institucional (ejercida por cualquier agente de un organismo o institución pública), la violencia laboral, la violencia contra la libertad reproductiva (cuando se vulnera su derechos a decidir su reproducción), la violencia obstétrica (aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado,

un abuso de medicalización y patologización de los procesos) y la violencia mediática, en el ámbito de los medios de comunicación y redes sociales (art. 6).

En materia de derechos civiles a la población de la diversidad sexual LGBTIQNB+, la Ley N° 26.618 de Matrimonio Civil (2010) conocida como **Ley de Matrimonio Igualitario** y la Ley N° 26.743 de **Identidad de Género** (año 2012). En cuanto a esta última, reconoce el derecho de toda persona a ser tratada de acuerdo a su identidad de género, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado, sin que para ello se requiera el cambio registral del sexo, el cambio de nombre de pila e imagen, aunque es la posibilidad de realizar la rectificación es un derecho establecido en la ley. A fines de garantizar el goce de su salud integral, se contempla el derecho a acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa, quedando estas prestaciones incluidas en el PMO, con obligatoriedad de cubrirlo por los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales (Ley 26.743, art. 11).

Más recientemente, en materia de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos se adquirió legalmente en Argentina el derecho a Interrupción Voluntaria del Embarazo (N° 27.610) el 30 de diciembre de 2020. Previa a esta sanción, en nuestro país el aborto no punible o también reconocido como Interrupción Legal del Embarazo (ILE), se encontraba previsto por el artículo 86 del Código Penal argentino, sancionado en 1921, estableciendo las condiciones en las cuales era legal, de acuerdo a tres causales: por razones de salud, si hubiera peligro para la vida o la salud de la madre o si el embarazo proviniera producto de una violación. Sin embargo, su acceso estaba ampliamente restringido en diversas provincias de la Argentina, desamparando a las mujeres y demás personas con capacidad de gestar² a la clandestinidad e inseguridad. Como explicaba Maffia (2006), en la mayoría de los casos, lejos de contemplarse el riesgo para la salud integral, el concepto de salud era remitido a una condición física.

Durante años, en algunos casos la posibilidad de acceder a este derecho implicaba el reclamo en el ámbito judicial, aunque en el mismo ámbito también ocurrían las apelaciones para obstaculizar su acceso. No obstante, en los años 2010, 2014 y 2015, el Ministerio de Salud de la Nación, bajo la coordinación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, difundió protocolos de atención, como la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles del año 2010 y el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a una interrupción legal del embarazo del año 2015 (Brown, 2020).

En este sentido, y de manera similar a muchas de las otras legislaciones anteriores, la legalización del aborto fue producto de un proceso sociopolítico de debates y pujas de poder. Por un lado, por parte de la lucha de los movimientos feministas, movimiento conocido a nivel internacional

² Se refiere a “personas con capacidad de gestar” o “personas gestantes” para incluir a todas las identidades de género que tienen la capacidad de gestar y no se autodefinen mujeres, como lo son los varones trans o quienes no se encasillan en un determinado género, que se identifican como de género fluido o “no binaries”.

como “la marea verde”³ que, con el lema de “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”, puso en agenda nuevamente los derechos sexuales y reclamó, además del acceso al aborto, por la efectiva garantía a los derechos ya conquistados de manera legislativa. No tardó en movilizarse, por el otro lado, la respuesta reaccionaria de sectores conservadores y religiosos, con el símbolo del pañuelo celeste y la consigna “Salvemos las dos vidas”, implicando discusiones y tensiones a lo largo de todo este proceso, antes y durante su sanción e incluso, en la actualidad.

Brown (2020) expone que el histórico debate por el aborto pasó por diferentes períodos: primero en la construcción como problema social, intentando sacarlo del orden privado como tabú -desde el regreso a la democracia hasta el año 1994-, luego en la construcción como problema de salud, centrado en la salud sexual -hasta los años 2003/2004-, y posteriormente, se ha construido como una cuestión de derecho, en el sentido de reivindicación de la ciudadanía. Como dijeron referentes feministas del periodismo argentino (Luciana Peker, Florencia Alcaraz, entre otras), la lucha por el derecho al aborto logró una “despenalización social”, luego del primer debate en el Congreso Nacional en 2018, con su resultado negativo en el Poder Legislativo, pero con instalación absoluta del tema en la agenda pública.

Finalmente, la tan esperada **Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo** entró en vigencia en todo el país el 24 de enero de 2021, disponiendo el derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce inclusive, del proceso gestacional, como así también a recibir la atención postaborto. Fuera del plazo mencionado, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones: a) si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente, mientras que en los casos de niñas menores de trece años de edad, la declaración jurada no será requerida; b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante (art. 4).

Asimismo, la ley prevé que el sector público de la salud, y las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la IVE en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda (art. 12). Por otro lado, se establece el derecho a ejercer la objeción de conciencia por parte de él o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo, debiendo derivar a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional, sin dilaciones (art. 10).

Por último, en cuanto a las legislaciones, se puede incluir la Ley Nacional N° 27675 de **Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis**, impulsada por las organizaciones de la sociedad civil, las fuerzas políticas legislativas y diferentes organismos del Estado. Plantea el acceso universal, oportuno y gratuito a medicamentos, vacunas, procedimientos y productos médicos

³ El movimiento de mujeres en Argentina, que venía luchando por décadas, pudo instalar sus demandas en la agenda pública, con mayor visibilidad desde el 2015 con, por un lado, la enunciación del “Ni una menos” y “Vivas nos queremos”, en contra de los femicidios como expresión extrema de la violencia machista y, por el otro, con la masividad de manifestaciones en el ámbito público a lo largo de todo el país, con el emblemático pañuelo verde de La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto.

y no médicos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y cura de las infecciones mencionadas, impulsando, además, la participación activa de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y tuberculosis, en la elaboración de los lineamientos de las políticas públicas. Promueve también, el establecimiento de centros de testeos, como estrategia para lograr efectuar mayor cantidad de diagnósticos (art. 1). Acceso que debe ser garantizado por todos los agentes e instituciones que conforman el Sistema de Salud de la República Argentina (art. 3). Asimismo, establece la necesidad de respuesta integral e intersectorial, basada en la estrategia de la atención primaria de salud (APS) (art. 2), a los fines de favorecer la adherencia a los tratamientos.

El hecho de que estos derechos fueron conquistados mediante procesos de tensión, retomando los aportes de Hermida (2016), nos permite comprender que no estaban consensuados de manera general en la sociedad -como así tampoco lo están ahora- generando resistencias tanto en los ámbitos estatales como en la sociedad civil posiblemente porque los derechos referidos a la sexualidad pretenden cuestionar los mandatos del orden heteropatriarcal impuesto. Este hecho puede representar un factor de complejidad para su acceso en las instituciones públicas, y los aspectos en tensión pueden estar presentes también en los equipos de las instituciones que abordan estos derechos.

En referencia a lo anterior, recobra importancia analizar cómo estas tensiones y disputas de sentido circulan, no siempre explícitamente, en los ámbitos de salud, y en lo que a esta investigación compete, en los servicios de salud pública y Atención Primaria de la Salud. En este sentido, estudios anteriores afirman que la inclusión de estos derechos en el campo de la salud “fue y sigue siendo un proceso político dinámico y conflictivo” (Bosio y Crosetto, 2020, p. 13), ya que conviven con la persistencia de obstáculos materiales y simbólicos en las intervenciones estatales (políticos, éticos, morales-ideológicos, administrativo-burocráticos). Entran en juego los acuerdos jurídico-normativos y políticos-culturales con las intervenciones, creencias, valores de los/as agentes de salud, en procedimientos administrativos y/o profesionales que habilitan o constriñen el reconocimiento de la salud sexual y (no) reproductiva como derecho.

Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) se constituyó como una estrategia diseñada para disminuir las desigualdades de acceso al derecho a la salud, y por ende, en una forma de dar respuesta a la “cuestión social” por parte del Estado mediante políticas públicas, en este caso, del ámbito sanitario.

En su diseño, en el contexto de la Guerra Fría, fue definida como: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (art. 6, DAA). Esta definición fue dada en la Declaración de Alma Ata (DAA) en 1978, en la ex Unión Soviética, convocada conjuntamente por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).

La declaración entiende la salud de manera integral, afirmando que es un derecho humano fundamental y “que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (art. 1, DAA). Visto desde hoy se comprende que, en un contexto de posguerra y crisis, el clima de época demandaba tener como horizonte de desarrollo económico y social el eje de justicia social, por lo cual planteó un modelo de promoción y protección de la salud para toda población. De este modo, la definición de APS incluyó a la sociedad en su conjunto, fomentando la participación comunitaria e intersectorial, pero también las políticas ambientales y socioeconómicas, no limitando a la estrategia solamente a los servicios de salud.

Hoy en día, a pesar de que ya no es el mismo contexto geopolítico, luego de muchas transformaciones histórico-políticas, décadas después de la caída del Muro de Berlín y la disolución de la Unión Soviética, permanecen ciertos sentidos de esta declaración en las nociones construidas respecto de la APS. Una de ellas es la necesaria cercanía con la población, para garantizar el acceso a la salud. Este aspecto estaba ya incluido en la Declaración de Alma-Ata:

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria. (DAA, 1978, p. 1)

En numerosos estudios académicos se ha mencionado la confusión e interpretaciones que suscita el concepto de APS, a lo largo de su evolución (Vignolo et al., 2011; González Vargas, 2006; Rovere, 2012). Las confusiones giran en torno a qué se entiende por “primario”, “primer nivel”, cómo se aplica, y cuál es su objetivo poblacional. Producto de las diversas interpretaciones surgen una serie de inquietudes. ¿Es realmente posible una salud para toda la población o es un reflejo de ese momento histórico que condensó las utopías de aquella época?, ¿Cómo es posible entenderla actualmente?, ¿La APS se impulsa como un principio universal o se traduce en servicios desfinanciados, periféricos y como una “salud para pobres”?, ¿Cómo es posible llevar a cabo esta estrategia en el actual contexto de fragmentación, especialización y mercantilización de la salud?, ¿Es lo mismo APS que niveles de atención?

En principio, es necesario diferenciar conceptualmente APS con niveles de atención ya que en ocasiones se suele confundir dichas categorías, asociando la APS con el primer nivel de atención. En este sentido, se ha definido como niveles de atención a la clasificación a partir de la forma estratificada y ordenada de organizar los recursos del sistema de salud para satisfacer las necesidades de la población, de acuerdo a su infraestructura y la complejidad de los servicios que ofrecen (Vignolo et al., 2011).

El primer nivel es el más cercano a la población, permitiendo resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, mediante actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Aquí se incluyen establecimientos de baja complejidad, consultorios y centros de salud. El segundo nivel de atención, se incluyen los servicios relacionados a la atención de especialidades como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Mientras, el tercer nivel de atención aborda “patologías complejas que requieren

procedimientos especializados y de alta tecnología" (Vignolo et al.,2011, p. 12), como en hospitales. Estos niveles para funcionar adecuadamente deben articularse en un sistema de referencia y contrarreferencia. Comprendiendo la referencia como el procedimiento en el que un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de una persona a un establecimiento de mayor capacidad resolutive. Una vez resuelto el problema, mediante la contrarreferencia se devuelve la responsabilidad del cuidado de salud al establecimiento de menor complejidad para su "control o seguimiento". Por lo general, la Atención Primaria de la Salud es impulsada en el primer nivel de atención.

Por otro lado, González Vargas advierte que "la APS no es un conjunto de actividades clínicas particulares en un centro de salud" (2006, p. 59), sino que, abordando los más variados y frecuentes problemas de salud y sus determinantes, proporciona servicios preventivos, de diagnóstico y tratamiento, de rehabilitación y de promoción de la salud. De esta manera "integra la atención para los diversos grupos de población según sus necesidades y ejecuta actividades en diferentes escenarios: centros de salud, centros educativos, centros de trabajo, la familia y la comunidad" (p. 59).

Entonces, desde el enfoque de APS, las atenciones vinculadas a las funciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y promoción, deben estar centradas en las necesidades de la población, a desarrollarse en los entornos más próximos y cotidianos de ser posible y teniendo en cuenta a estos entornos, es decir, intervenciones situadas en el contexto.

Con respecto a la prevención de enfermedades, también se puede diferenciar en niveles. La prevención primaria incluye medidas que apuntan a evitar la aparición de enfermedades o problemas de salud mediante el control de factores causales, predisponentes o nocivos, por ejemplo, vacunaciones o el uso de preservativos para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). La prevención secundaria implica acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en sujetos "aparentemente sanos". La prevención terciaria busca la recuperación de una enfermedad ya manifestada, mediante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física, psicológica y social (Vignolo et al.,2011). Siguiendo el ejemplo de ITS, en la prevención secundaria se promueve el diagnóstico temprano mediante la promoción de testeos, y en la prevención terciaria se trabaja sobre los tratamientos.

La rehabilitación se entiende como las acciones vinculadas al seguimientos de personas que egresan de un hospital o centro de salud de mayor complejidad, y que requiere tratamientos para recuperarse. Desde la APS se contribuye a que ese tratamiento post internación o cirugía sea realizado (González Vargas, 2006).

En cuanto a la promoción de la salud, este aspecto es central para el enfoque de APS. La misma toma relevancia a partir de otro documento internacional, la Carta de Ottawa de 1986 (Canadá). La misma planteaba que para la promoción de la salud se necesita "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (p. 2), haciendo énfasis en el acceso a la información y el fomento de aptitudes y oportunidades. Pretendiendo involucrar a distintos sectores sociales, económicos, gubernamentales y no gubernamentales, atribuyó al sector sanitario el rol de mediador, requiriendo la acción coordinada de

todos los sectores implicados. Así, la participación activa de la comunidad es un eje de la propuesta del documento, tanto en la toma de decisiones, en la definición de prioridades, como en la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación (Carta de Ottawa, 1986).

Para vincular los conceptos de promoción y participación social en el ámbito específico de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, Cappuccio, Nirenberg, y Pailles (2005), aportan que “los elementos diferenciales de la promoción de la salud pueden identificarse por estar basados en una aproximación holística, no exclusivamente médica, y por adoptar una perspectiva de actuación no paternalista, sino favorecedora de las opciones personales y grupales” (p.71). En tal sentido, un enfoque promocional e intersectorial de la salud implica capacitación a la población, apoyo a los autocuidados y el fortalecimiento comunitario. Dichos autores plantean que la idea del trabajo intersectorial como respuesta adecuada a la multidimensionalidad de los fenómenos de la salud constituye una meta de las intervenciones de salud pública, aunque no todas las experiencias han podido superar la fragmentación sectorial e institucional, y reconocen que la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de Argentina plantea el enfoque intersectorial en acciones coordinadas entre los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social.

Superando lógicas moralistas y tutelares/paternalistas, la promoción de la salud puede representarse como “formas de transferir y de construir conjuntamente conocimientos relevantes para la población en materia de cuidado de la salud, de sexualidad, de salud de la mujer, de planificación familiar, de prevención de las muertes por abortos y complicaciones” (Rovere, 2012, p. 338).

Luego de haber desarrollado hasta aquí los aspectos conceptuales de la APS, junto con sus elementos principales, a continuación se recuperan de investigaciones anteriores las principales dificultades con las que se encuentra este enfoque para llevar a cabo sus objetivos (Chaloum y Varas 2016; Stolkiner et al., 2011; Rovere, 2012).

Por un lado, se encuentra un modelo de atención hegemónico centrado en la enfermedad y su medicalización, enmarcado en el modelo biomédico predominante, como modo de respuesta farmacológica a los problemas de salud, que se detiene en los aspectos biológicos, sin contemplar los aspectos psicosociales. Este modelo biomédico hegemónico constituyó el proceso de construcción socio-histórica del campo de salud pública en Argentina ocupando no sólo los espacios de ejecución de la política de salud sino también la toma de decisiones en la relación con el proceso salud-enfermedad- atención (Crosetto y Johnson, 2016). Aún así, este modelo biomédico coexiste en disputa con otros paradigmas, como el de la salud integral, la perspectiva de derechos, y otras más vinculadas al control social y riesgo, en el interjuego entre distintos actores, entre ellos, las demás profesionales de este ámbito, del cual integra el Trabajo Social.

Otro aspecto característico del sistema de salud argentino, representando un obstáculo para la APS, es la tendencia a la mercantilización de la salud y la fragmentación en subsistemas coexistentes en la actualidad: el estatal, en los niveles nacionales, provinciales y municipales; el de obras sociales, y el de gestión privada. En esto, se segmenta el acceso según la capacidad adquisitiva de la población, aspecto que se profundiza de los períodos neoliberales, quedando como consecuencia una heterogeneidad entre los subsistemas en relación las normativas, en la obtención y utilización de los recursos, y en los derechos reconocidos a la población.

Como conclusión la APS no es sinónimo de nivel de atención ni tampoco con un nivel de prevención. Se trata de una estrategia que apunta a una atención centrada en las personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta el contexto socioambiental y sus múltiples dimensiones complejas. Estas no son discusiones que se encuentran saldadas, sino que por lo contrario, se encuentran coexistiendo estos diferentes paradigmas que difieren en el modo de ver a la salud (biomédica/psicosocial) y al lugar adjudicado a las personas (activo/pasivo - titular de derechos/objeto de asistencia). Por esto mismo, por parte de los/as profesionales de la salud, es menester lograr la incorporación y práctica de una escucha activa y un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Sin embargo, además de entenderla como estrategia que debe llevar a cabo un equipo, la APS debe ser comprendida como una política pública, esto implica decisiones políticas, económicas e institucionales, disposición de recursos, capacitaciones permanentes, y una mirada en pos de garantizar la accesibilidad de la población, además de la articulación con otras políticas públicas (más allá de las de salud) y mecanismos de participación con múltiples actores sociales.

Interdisciplinarietà

Es en el encuadre de la Atención Primaria de la Salud que la modalidad propia de la interdisciplinarietà cobra potencia, tanto en las acciones de prevención y promoción de derechos, como en la atención de las problemáticas que se presentan en nuestra sociedad y que generalmente se caracterizan por su complejidad y multidimensionalidad. Es habitual que las demandas y problemáticas en torno a la salud que se abordan en los espacios de APS, también están relacionados con otros problemas sociales como la pobreza, el desempleo, las necesidades básicas insatisfechas, las condiciones habitacionales deficientes, la desvinculación escolar, la violencia familiar y de género, el consumo problemático de sustancias psicoactivas, etc. Estas problemáticas influyen en el desarrollo de la comunidad, por lo que el aspecto subjetivo de las personas también recobra importancia en las intervenciones.

En este sentido, Stolkiner (1987) afirma que la interdisciplina surge “de la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (p. 2).

La importancia del trabajo interdisciplinario radica en la posibilidad de un “abordaje no lineal ni unilateral” (Solitario et al., 2007, p. 63). Por lo tanto, en sentido epistemológico, la interdisciplinarietà propone superar la mirada fragmentada implementada de manera hegemónica por el paradigma positivista al interior de las Ciencias Sociales. Este paradigma promueve la asimilación con el método de las Ciencias Naturales, en pos de alcanzar la supuesta neutralidad del investigador que imponían como requisito para alcanzar carácter científico. Cazzaniga (2001) expone que el paradigma de la ciencia moderna estructura un objeto específico de intervención para cada profesión. Además, la autora asevera que cada campo disciplinar se constituyó como un conjunto de saberes que explica científicamente un recorte de la realidad, y de esta manera otorga herramientas metodológicas para el conocimiento y acción.

De este modo, se trata de una propuesta de trabajo que significa una metodología de trabajo, pero al mismo tiempo un marco conceptual, que lo fundamenta sobre bases epistemológicas (García, 2006).

Asimismo, Cazzaniga (2001) aporta que esta perspectiva epistemológica, además de trascender las “parcialidades impuestas” y posibilitar el abordaje de la complejidad de las demandas con la elaboración de alternativas, también permite la contención grupal de los profesionales.

La interdisciplina se trata de una modalidad de trabajo que presenta sus desafíos y complejidades. Entre ellos se encuentra, en primera instancia, como se desarrolló, los recortes de la realidad configurados académicamente, aspecto que está presente en las formaciones profesionales. Por otro lado, los recursos insuficientes para los abordajes, la sobreexigencia, las irregulares condiciones laborales de los profesionales, entre otras, son cuestiones estructurales e institucionales que también pueden generar dificultades.

Stolkiner (1999) aclara que “la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina”. (párr. 5). Por lo contrario, la autora desarrolla que se requiere tiempo de trabajo, reuniones, programaciones articuladas y la construcción conceptual de las situaciones a abordar de manera conjunta por parte del equipo técnico.

Prácticas sociales

A los fines de conocer cómo es el vínculo entre la letra de las leyes y las políticas públicas con la realidad local y cotidiana del CAPS del barrio Las Playas de Villa María, se investigó acerca de las prácticas sociales del equipo de salud de dicho CAPS en el abordaje de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Al hablar de prácticas sociales se hace referencia a “una forma rutinizada de conducta que está compuesta por distintos elementos interconectados: actividades del cuerpo, actividades mentales (...), y otras formas de conocimiento que están en la base tales como significados, saberes prácticos, emociones y motivaciones” (Reckwitz, 2002, como se citó en Ariztía, 2017).

En otras palabras, Stolkiner expresó en una clase de un seminario de posgrado:

La característica de una práctica social es que no puede ser investigado únicamente (...) por lo que se hace, por el observable de la conducta, sino también por los discursos, las narrativas, las representaciones, los conocimientos, los discursos científicos que la atraviesan y la configuran. (Humanas UNVM, 2021, 13m56s)

Además, Alicia Gutiérrez (2005), recuperando la perspectiva de Bourdieu, expone que dicho autor aporta dos conceptos claves para analizar las prácticas sociales. Estos conceptos son campo y habitus. Bourdieu (1991) define habitus como sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras que a través de una relación dialéctica con el entorno van estructurando nuestra forma de percibir y accionar en el mismo, es decir, que se constituyen en principios generadores y organizadores de nuestras prácticas.

Con respecto al campo, se entiende que es un estado -en el sentido de momento histórico- de la distribución en un momento dado del tiempo, del capital específico que allí está en juego y que orienta las estrategias de los agentes que están comprometidos en el campo (Gutiérrez, 2005). Es

decir, son las posiciones sociales de cada individuo. Siendo así, las prácticas sociales están atravesadas por el estatus social, asignado por los recursos y capitales que posee cada sujeto en un momento y lugar determinado, constituyéndose, a su vez, el habitus, como explica Gutiérrez:

El enfoque de Bourdieu (...) considera como principios de estructuración de prácticas, no sólo a la posición -y la trayectoria de la misma- que ocupa el agente en el sistema de relaciones (...), sino también a los habitus incorporados por el agente, en cuanto esquema de percepción, de evaluación y de acción. (2005, p. 26)

Esta misma situación relacional se manifiesta en el campo de la salud. Crosetto y Johnson (2016), siguiendo esta perspectiva bourdiana, afirman que en el campo de la salud -y de la salud pública en particular- existen relaciones de tensión y luchas de poder entre los agentes, quienes disponen desigualmente de recursos y posiciones. En este ámbito, afirman las autoras, coexisten confrontaciones que incluyen “orientaciones de política institucional, concepciones de salud, recursos económicos, organizativos, humanos/profesionales, etc” (p. 29). Entonces, dentro de estas disputas se encuentra la lucha por los paradigmas de la salud, y las prácticas a llevar a cabo, teniendo en cuenta la constitución de este campo a partir de la hegemonía médica con su paradigma biologista, y la incorporación posterior de otras disciplinas.

El presente trabajo de investigación hace foco en el escenario particular del CAPS antes mencionado, en donde participan agentes propios, con sus posiciones y capitales, atravesados por sus habitus, los cuales devienen en discursos y acciones. En este sentido, analizar las prácticas sociales de los/as integrantes del equipo de trabajo del Centro de salud implica tener en cuenta lo que se exterioriza en las acciones como así también aquello que lo configura, que incluyen las representaciones, los discursos, los valores y los conocimientos en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

CAPÍTULO 3: ASPECTOS METODOLÓGICOS Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN

Diseño metodológico

Tipo de estudio

La presente investigación es de carácter cualitativa - descriptiva, ya que es un diseño cuya finalidad fue recuperar la realidad a través de las vivencias y prácticas sociales del equipo de trabajo del Centro de Salud perteneciente al Barrio Las Playas de la ciudad de Villa María, permitiendo interpretar analíticamente, si las mismas se constituyen o no, en garantía para el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Tipo de diseño

El presente trabajo es un trabajo campo ya que “los datos, se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo” (Sabino, 1992, p. 82).

Según sus categorías es una investigación univariada, siendo su única categoría de análisis las prácticas sociales del equipo de profesionales del Centro de Atención Primaria de la Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas, en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Por último, se trató de un estudio de corte transversal, ya que la realización de las técnicas de recolección de datos implicó un momento determinado de tiempo, desde el mes de diciembre de 2023 a mayo de 2024.

Universo

El equipo de trabajo del CAPS “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la Ciudad de Villa María, constituyéndose en nuestra unidad de análisis. Sus prácticas sociales en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, constituye la unidad de observación.

Los instrumentos de recolección de datos seleccionados fueron entrevistas y observación no participante.

Entrevista

Técnica elegida en este caso, para poder analizar la dimensión subjetiva de las personas a la hora de pensar las prácticas sociales del equipo de trabajo del Centro de Atención Primaria de Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la Ciudad de Villa María.

La entrevista, desde el punto de vista del método, es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación. El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportar datos de interés, estableciendo un diálogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones (...).

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su misma naturaleza es casi imposible de observar desde fuera. Nadie mejor que la misma persona involucrada para hablarnos acerca de todo aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o proyecta hacer. (Sabino, 1992, p. 95-96)

El tipo de entrevista realizada es la entrevista estandarizada abierta, “caracterizada por el empleo de un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos los entrevistados, pero de respuesta libre o abierta” (Patton, 1990, como se citó en Valles, 1999).

Observación no participante

La observación implica “el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que queremos estudiar” (Sabino, 1992, p. 90). Esto es, orientar los sentidos en pos de obtener datos siguiendo los objetivos de estudio previamente definidos.

La elección de esta técnica, es en consideración a su genuinidad a la hora de apreciar y describir las prácticas sociales objetivas en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos del equipo de trabajo.

Tratamiento de datos

Como se mencionó, los datos fueron obtenidos a través de las técnicas de observación y entrevista semiestructurada. Ambas técnicas son seleccionadas por la posibilidad de habilitar la escucha atenta, dando a conocer lo que se manifiesta discursivamente, lo que se pondera como importante y prioridad por parte del equipo; pero al mismo tiempo observar su dinámica diaria, aquello que efectivamente sucede en la organización, a través de las intervenciones y diferentes acciones que se llevan a cabo en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Se realizaron ocho entrevistas durante el mes de diciembre del año 2023, dirigidas a integrantes del equipo de trabajo del CAPS Las Playas, incluyendo a personal administrativo, agentes sanitarias, profesionales de Trabajo Social, Enfermería, Medicina, Obstetricia y Medicina Clínica, siendo profesionales pertinentes para el abordaje de la temática. Las observaciones se realizaron en dos ocasiones, entre los meses de diciembre de 2023 y mayo de 2024, en el ámbito de la mesa de entrada, sala de espera y durante una reunión de equipo, mientras la atención al público permanecía suspendida mediante horario protegido.

Para el procesamiento, en primer lugar se organizó la información en coherencia con la matriz de datos, ordenando de acuerdo a las dimensiones de la categoría y los indicadores desarrollados, con los fines de responder al problema de investigación, a los objetivos y a las preguntas orientadoras.

Análisis de datos

“Lo institucional se inscribe en un terreno de nuevas formas de la incertidumbre”
(Carballeda, 2012)

Los datos obtenidos se analizan a continuación, siguiendo los objetivos específicos del TFG. La información obtenida se organizará de la siguiente manera. En primer lugar, se desarrollarán a continuación los datos referidos a los procedimientos, modalidades de trabajo del CAPS Las Playas para el acceso de los DSRyNR, considerando también los recursos materiales, humanos y simbólicos. En segundo lugar, se desarrollan las acciones específicas de Atención Primaria de la Salud en relación a los derechos sexuales. En tercer lugar, se aborda la formación de los integrantes del equipo de salud, teniendo en cuenta si cuentan, o no, con formación específica y actualizaciones acerca de la temática mencionada. Por último, nos detenemos en lo discursivo, es decir, en las narrativas, el lenguaje y los enfoques en relación con la población que se atiende en el CAPS. Entendiendo que lo discursivo está igualmente presente en los otros aspectos, en este apartado se recupera para poner en tensión los distintos paradigmas o enfoques que subyacen, de manera implícita o explícita, en las prácticas sociales.

1. Modalidad de atención de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos

Recuperando el concepto de derechos sexuales propuesto por Brown (2008) y desarrollado previamente, se entiende a estos como el conjunto de derechos vinculados a la **reproducción** (incluyendo la seguridad en el embarazo, parto, puerperio pero también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida); a la elección de gestar y maternar/paternar, es decir, de manera simplificada, a la **anticoncepción, al aborto**; y al **ejercicio libre de las sexualidades**, sin discriminación, coerción o violencia. En base a estos tres aspectos -reproducción, anticoncepción junto a aborto, y a sexualidades libres de discriminación ni violencia- del concepto de la autora mencionada se organiza el presente apartado.

En las entrevistas realizadas, las integrantes del CAPS priorizaron en sus relatos los aspectos vinculados al embarazo, anticoncepción y aborto, por sobre el aspecto subjetivo de las sexualidades, y su ejercicio contemplado más allá de lo reproductivo. Las prácticas del equipo del CAPS, por lo general, en materia de “salud sexual”, están orientadas principalmente a las mujeres cis⁴ en edad de reproducción (adolescentes, jóvenes y adultas). Como señala Brown (2008), las políticas públicas siguen colocando el acento en la reproducción, y las “mujeres en tanto madres” (adultas, heterosexuales, preferentemente con parejas, en edad de procrear) son consideradas como el sujeto principal de estas políticas, enfatizando las políticas de seguridad del embarazo relativas a la prevención de ITS, los controles genito-mamarios y la anticoncepción, vinculadas a la interrelación entre reproducción y mujeres (Sección Dificultades teóricas y políticas de la noción “derechos sexuales y reproductivos”). Este enfoque, expuesto por Brown, coincide con lo observado en el caso

⁴ El término cisgénero (con la abreviatura “cis”) remite a las identidades sexo-genéricas que se identifican con la asignación definida al nacer, a diferencia de las identidades transgénero, el cual su identidad de género no coincide con la asignada al nacer.

estudiado, donde se observa una clara priorización por los aspectos reproductivos, a desarrollar a continuación.

1.1. Derechos a los cuidados en torno a la reproducción

En relación al primer punto del concepto, es decir, la **reproducción**, el abordaje en el Centro de Salud se organiza en función del “Dispositivo de cuidados prenatales” (DCPN). Es importante tener en cuenta que la modalidad de la atención en salud, en general, se estructura en torno a dispositivos institucionales, siendo una característica de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María (MVM), en el marco de la implementación de la ordenanza local del Programa de Gestión Territorial Integral.

A este dispositivo se incorporan los sujetos mediante la llegada de la persona gestante al CAPS para solicitar la atención, o en algunos casos, cuando algún integrante del equipo toma conocimiento de la situación: *“se busca mucho desde mesa de entrada captar el paciente y brindarle los turnos [...] Buscamos la vuelta para tratar de traer esas pacientes que no tienen control”* (Médica obstetra). Dentro de los cuidados de embarazo se incluyen consejerías sobre métodos anticonceptivos postparto. *“Se charla, sobre todo con la paciente embarazada, en donde la idea es, en el momento del embarazo hacer la consulta sobre la anticoncepción, planificación familiar, hacia después. Ver qué piensa, qué decide, qué tiene en mente y se habla mucho. Y muchas pacientes también, llegaron a la ligadura donde le brindamos información, qué días y horarios se dan en el hospital, sobre los consentimientos, cómo se firman, qué es lo que va a figurar ahí...”* (Obstetra).

También se incluyen con suma prioridad y atención dentro de los cuidados de embarazo los controles serológicos de infecciones de transmisión sexual. En este centro de salud, los controles de ITS durante la gestación son los momentos en los que se implementan las mayores acciones para integrar a las parejas (mayormente varones). De lo contrario, las atenciones se realizan de manera individual y exclusivamente a las personas gestantes. *“Generalmente vienen solas al control de embarazo”* (Obstetra). Esto responde a construcciones de roles y estereotipos de género, entendidas como aquellas “las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y los hombres” (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004, p. 3). Estas convenciones culturales de género inciden en el vínculo de las personas con los servicios y cuidados de salud, siendo que los cuidados y la reproducción están asociados principalmente a las mujeres (Federici, 2011).

Retomando lo relacionado al control del dispositivo de cuidados prenatales, la encargada de llevar ese control dentro del equipo del CAPS es la obstetra. Esta asignación de la tarea se fundamenta en que la obstetra es quien realiza las consultas médicas mensuales durante el embarazo. Además de los controles médicos, el dispositivo incluye atenciones de enfermería, tales como el seguimiento del calendario de vacunación prenatal, controles odontológicos y nutricionales, así como consultas de las disciplinas psicosociales como Trabajo Social y Psicología. No obstante, se observa que el dispositivo se asocia principalmente a los controles médicos, lo que otorga una mayor relevancia a la intervención médica en detrimento de las otras disciplinas, a pesar de la importancia que estas tienen para la atención integral, ingreso y permanencia de la persona gestante. Este

enfoque responde al paradigma biomédico hegemónico, que otorga una supremacía al personal médico sobre las demás disciplinas.

“Hay un dispositivo de embarazo y puerperio que es una planilla en donde cargamos todas las embarazadas, cuándo vienen el control, cuántos controles van, en qué semanas están, cómo dan las vdrl, si tienen o no control de puerperio, y puedes anotar también algo específico, alguna observación [...] Tienen acceso todos, generalmente la armo yo, pero porque yo hago el control de embarazo, entonces me es más fácil seguirla a mi a la planilla” (Obstetra).

A pesar de que la atención médica durante el embarazo recibe prioridad, con el apoyo de la pre-consulta de enfermería, el dispositivo de cuidados prenatales también incluye una perspectiva integral que abarca el ámbito psicosocial. Esta dimensión se implementa mediante entrevistas realizadas por profesionales de Trabajo Social y/o Psicología, dirigidas a las personas gestantes, con el objetivo de evaluar aspectos subjetivos, procesos protectores y situaciones de vulnerabilidad que requieren intervención. No obstante, la profesional de Trabajo Social indicó que, durante el período de la investigación, dichas entrevistas no se estaban llevando a cabo. Sin embargo, señaló que sí se realizaban consejerías y seguimientos, principalmente en casos de embarazos diagnosticados con sífilis.

“Si necesitan algo de Trabajo Social pasan por acá [...] Las embarazadas, por ahí, no las atiendo todas. A no ser que vengan a pedir el plan sumar, y yo se los hago y ahí puedo tener conversación. Pero a veces no, no vienen para acá. Porque bueno, hacen sus controles correctamente y listo”. (Trabajadora Social). Este comentario de la propia profesional de Trabajo Social refleja la posición que ocupa el Trabajo Social dentro de los equipos de salud, en relación con las necesidades y problemáticas que surgen. Ella sostiene que su intervención adquiere sentido sólo cuando los usuarios/as “necesitan algo”. En esta perspectiva, el hecho de que los sujetos no interactúen con el profesional de Trabajo Social ya que están cumpliendo con sus controles médicos de manera adecuada, refleja la forma en que esta profesión ha sido incorporada al ámbito de la salud, vinculada a lógicas de control social. Este campo, es decir, el campo de la salud se conformó “con la hegemonía del modelo médico mientras que el lugar de Trabajo Social, de carácter subalterno se dirigió particularmente a los sectores pobres (...) con una fuerte impronta de 'control social'” (Crosetto y Johnson, 2016, p. 29). Modelo hegemónico que, si bien está presente en el CAPS, presenta resistencias y disputas por otros aspectos que pretende abordar la salud desde una mirada más integral, como el enfoque de APS. Aspectos que serán desarrollados más adelante.

1.2. Derechos a la anticoncepción y aborto

El segundo aspecto del concepto de derechos sexuales especifica: “los derechos relativos a decidir si tener o no hijos o hijas, a decidir con quién, cómo y cuántos y a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con **anticoncepción y aborto**” (Brown, 2008, Sección Reconstruyendo la historia, párr. 1). Ha sido un aspecto que, similar a embarazo, fue desarrollado en extensión por la mayoría de los/as integrantes del equipo entrevistados/as, expresando la relevancia que presenta en el equipo.

El campo de la anticoncepción es amplio y diverso, dado que existen múltiples métodos disponibles que responden a una variedad de necesidades, preferencias y características de cada persona. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, a pesar de la extensa gama de opciones disponibles, no todas las alternativas anticonceptivas están igualmente accesibles en el ámbito público.

Se comprende como métodos de anticoncepción (MAC) “a todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo” (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR], 2023, p. 57). La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] dependiente del Ministerio de Salud de la Nación Argentina ha realizado guías para los servicios de salud como el “Métodos anticonceptivos: guía práctica para profesionales de la salud” del año 2023, siendo una actualización de versiones anteriores -de los años 2019 y 2014-. Estas guías han clasificado los MAC, según su mecanismo de acción, de la siguiente manera: anticonceptivos de barrera, hormonales, quirúrgicos, químicos, el método de la lactancia amenorrea y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Los métodos de barrera funcionan “a través de un mecanismo físico, impiden el acceso de los espermatozoides evitando su unión con el óvulo” (DNSSR, 2023, p. 59), incluyen el preservativo “masculino” o peneano, el preservativo “femenino” o vaginal y el diafragma. Estas guías aclaran que los preservativos vaginales y peneanos son los únicos métodos anticonceptivos que, además, previenen las infecciones de transmisión sexual. Incluyen también los protectores bucales o campos de látex, por su relevancia en prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual, aunque no son métodos anticonceptivos.

Los anticonceptivos hormonales, a su vez, pueden ser clasificados de distintas maneras. Según su composición se clasifican en anticonceptivos hormonales combinados y anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Según la vía de administración se clasifican en: Orales, Inyectables, Dérmicos, Subdérmicos, Vaginales e Intrauterinos. La anticoncepción quirúrgica comprende la ligadura de las trompas uterinas y la vasectomía, siendo ambos los únicos métodos irreversibles.

En cuanto a los MAC ofrecidos por el CAPS Las Playas son variados, y dependen de la disponibilidad de los recursos. Por lo general, se cuenta con Anticonceptivos Combinados Orales (ACO); Anticonceptivos Combinados Inyectables mensuales (ACI); implantes subdérmicos, también nombrados como implanon, o más popularmente como “chip”; Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) y el preservativo “masculino” o “para personas con pene”. Asimismo, desde el CAPS Las Playas pueden gestionar el acceso al dispositivo intrauterino (DIU), mediante consulta médica en otro CAPS o Asistencia Pública. También se brinda consejerías en torno a los anticonceptivos quirúrgicos (ligadura de trompas y vasectomía) que se realizan en otro nivel de atención, siendo el establecimiento de referencia el Hospital Regional Pasteur, ubicado en la Ciudad de Villa María.

“Acá hay combinados orales, de monodroga, implanon. Esos vienen, se van solicitando, digamos. Nosotros tenemos una lista para los implanon, donde se anota todos los pacientes que lo quieren y mientras van llegando, los vamos marcando para llamar a la paciente, si se lo quiere

colocar o no, y de esa manera que venga la colocación. Y también están los ACI, que ahora están en falta, que es el inyectable. Y después está la colocación de DIU también. No se la realiza acá la colocación de DIU pero de acá se solicitan los turnos, se hace la derivación conmigo, y en mesa de entrada las chicas van solicitando los turnos, si no me equivoco, lo hace Asistencia Pública y Rivadavia me parece" (Obstetra).

Para el acceso a los preservativos peneanos o profilácticos no se necesita prescripción médica, siguiendo los lineamientos de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación (2023), desde la cual se ha promovido que estén visibles y a disposición para ser llevados por las personas que transitan por centros de salud y hospitales. En el CAPS Las Playas se encuentran visibles en la sala de espera, en la mesa de entrada, y en cada consultorio. La entrega de Anticoncepción hormonal de Emergencia se realiza con el personal administrativo, y tampoco requiere prescripción médica.

En cambio, para dar inicio a los métodos de anticoncepción hormonales (orales, inyectables y subdérmicos) en el CAPS sí se requiere una consulta médica, donde se prescribe el método y se le brinda información a la persona que lo solicita. Para ello, por lo general los/as usuarios/as acuden a la mesa de entrada del CAPS a solicitar un turno. Habitualmente, es abordado por la médica clínica, aunque si se trata de personas en período de puerperio, puede ser también por la médica obstetra. En el caso de las ACO, luego de comenzar con el tratamiento de anticoncepción, el/la usuario/a puede asistir de manera a la mesa de entrada a retirarlo, entregado por personal administrativo, quien además de la entrega, realizan acciones vinculadas al seguimiento de la entrega y consejerías.

"Lo que se sugiere es un seguimiento en estos casos de anticonceptivas, decirle que no pierdan el control, que sean constantes, que es un tratamiento, un cuidado para ellas. Bueno, hace poquito implementamos entregar las anticonceptivas a la paciente, o sea que no venga alguien ajeno. Como para tener más trato, con más diálogo con la toma del anticonceptivo. Porque hemos tenido casos que han venido a retirar y a los dos meses estaban embarazadas [...] Nosotras nos manejamos con la planilla del Remediar, que son tratamientos prolongados, cada seis meses. Ahora organizamos un Excel, en el cual nosotros vamos siguiendo también desde ahí, la entrega". (Administrativa).

Al igual que la anticoncepción, el **aborto** aparece en todas las entrevistas realizadas como un aspecto sumamente relevante dentro de los derechos sexuales o la salud sexual. Además, la temática del acceso al aborto, en el equipo de salud, aparece con un sentido de novedad, ya que implementan la Interrupción Voluntaria del Embarazo desde hace unos años, con la sanción de dicha ley. *"Es un tema nuevo, es algo novedoso, entre comillas, de que es voluntario y de que es legal"* (Obstetra). Además, es una temática que adquirió mayor visibilidad en la agenda pública en Argentina, con los debates parlamentarios de los años 2018 y 2020 sobre el acceso al IVE. Estos hechos visibilizan cómo "la confluencia y articulación de estas demandas por la inclusión de nuevos derechos tiene una clara incidencia en las políticas públicas de salud —específicamente en la legislación sobre derechos sexuales y reproductivos" (Bosio y Crosetto, 2020, p. 13).

A partir de la sanción de esta legislación, a nivel local el acceso al aborto seguro y gratuito implicó el diseño de un dispositivo de salud, que en un primer momento estuvo centralizado con un consultorio interdisciplinario de Interrupción Voluntaria del embarazo, funcionando en la Asistencia

Pública, y procurando luego, en el año 2023, que se descentralice en los distintos CAPS, implicando capacitaciones de los equipos. El método utilizado por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María es mediante tratamiento farmacológico, y ambulatorio, con previa consulta médica brindando la información necesaria para que la persona usuaria realice tratamiento y tenga en cuenta posibles signos de alarma. La medicación es entregada de manera centralizada, en la farmacia de la Asistencia Pública, de forma gratuita, con indicación médica. Se procura que posterior a realizar el tratamiento se realice otra consulta médica para confirmar la efectividad del mismo y abordar la anticoncepción.

Con respecto a su modalidad de acceso en el CAPS Las Playas, al momento de realización de las entrevistas de investigación en diciembre de 2023, una de las entrevistadas afirmaba: *“La idea es que cada centro de salud haga la primera entrevista, y después se haga el seguimiento telefónico, y se entreguen los turnos, que los entregarían a nosotros el equipo de IVE. Estamos intentando poner eso en funcionamiento. [...] Ahora estamos intentando que los seguimientos de Las Playas los hagamos nosotras”* (Trabajadora social).

Se visibiliza en lo expresado por las entrevistadas del CAPS una reorganización al interior del equipo en cuanto a los procedimientos de trabajo, generando cambios tanto por disposiciones institucionales como por procesos sociopolíticos “externos” que inciden en el abordaje de estos derechos. “Las instituciones de salud se ven atravesadas por esos cambios legales y formales y deben –debieran- procesar en su interior nuevos códigos organizativos y de gestión que protejan los derechos y no vulneren a los sujetos en sus identidades” (Bosio y Crosetto, 2020, p. 15).

De este modo, al momento de realizar la investigación, en el CAPS se reciben las demandas, se brinda la información relevante mediante consejerías en derechos, y se gestiona turno para la atención médica en Asistencia Pública, aunque en un momento anterior, el CAPS contaba con un personal médico que realice la consulta y realice la indicación de la medicación: *“Primero teníamos una médica que lo hacía acá en el CAPS. Pero ahora, esa médica se fue a otro lado, así que, pero bueno, estamos ahora trabajando con la trabajadora social, y bueno, con la obstetra, y con la psicóloga. Todo eso lleva a un número de teléfono, que están las chicas que están encargadas de IVE y obviamente, ahí ya se les busca un turno, que eso se hace en la Asistencia y ahí nomás, se las deriva urgente a la Asistencia, a la consulta médica”* (Agente sanitaria).

La respuesta mediante consejería a la demanda de la población con respecto a información sobre IVE, al igual que en otros aspectos de los derechos sexuales, es realizada por distintos integrantes del equipo del CAPS, ya sea profesional o administrativo/agente sanitario, por lo cual, la capacitación de todo el personal de salud es fundamental, a los fines de poder alojar las distintas situaciones que se presentan. Con respecto a esto, un personal administrativo expresó: *“nosotras captamos, digamos, lo que sea. O sea, si viene a sacar un turno para ginecología, le preguntamos para que lo que es, por ahí, hubo caso de que tuvimos que intervenir en el caso de IVE o ILE, entonces tuvimos que hacer la consejería. Yo me capacité para poder hacerla porque digamos, somos la cara visible, la principal cara visible, para captar ese caso”, “si vienen a IVE se sugiere por ahí la psicóloga o la trabajadora social, y la obstetra o la médica que esté. Y si no, hacemos la consejería nosotras, y derivamos”* (Administrativa).

La demanda puede ser de manera explícita por parte de los/as usuarios/as. No obstante, en otras situaciones, el personal de salud puede brindar la información acerca de IVE ante distintas situaciones, por ejemplo, con la solicitud de un test de embarazo o en la consulta de embarazo. *“Cuando alguien retira algún test de embarazo, se le realiza consejería, con el test de embarazo, tanto de continuar como comentar que existe un dispositivo de interrupción, que es legal, que a veces genera resistencia en las mismas pacientes, pero es nuestro deber informar que está el lugar disponible”* (Trabajadora Social). Esto es sumamente importante para el acceso al derecho, ya que la temática del aborto a pesar de que haberse legalizado y despenalizado socialmente, continua con cierta carga moral y social. Entonces, brindar la información de que es un derecho al cual se puede acceder, ante posibles situaciones de embarazo, aunque la persona no realice explícitamente la demanda, resulta positivo para su acceso. Tal cual lo expresó la obstetra del CAPS: *“Por ahí yo les pregunto, si está embarazada, querés continuar con el embarazo. Y quedan como medio duras, sin entender por qué se lo están ofreciendo a ella, o si es algo de protocolo, o qué es. Entonces, yo lo primero que les digo: acá nadie va a jugar a nadie. Esto no es ni alguien que está a favor o en contra, es un deber de nosotros, como profesional, y un derecho del paciente acceder esta información. Por eso te lo consulto [...] También hay, por ahí muchas que vienen también hasta consultar cómo es, porque no saben cómo está articulado, ni cómo está presentado el dispositivo, ni cómo es el manejo”*.

Al consultar a una integrante del equipo de salud si anticipa a la persona que demanda IVE sobre el procedimiento que conlleva, la misma respondió: *“Todo, porque se firma consentimiento. Una vez que se firma consentimiento después no se puede volver atrás y un montón de cosas. El consentimiento lo firma la paciente cuando va a la primera consulta, ya con los profesionales”*. Aquí aparece un error o desinformación, al expresar *“después no se puede volver atrás”*, lo cual puede conllevar en un obstáculo para el acceso al derecho, de ser expresado ante un/a usuario/a. Teniendo en cuenta que lo recomendado es que el consentimiento informado se firme en la consulta médica, y, aún así, durante el proceso la persona gestante puede modificar su voluntad, al ser entendida como sujeto de derecho y al entenderse a la situación de interrupción del embarazo como un acontecimiento complejo que está atravesado por múltiples sentidos de carga social, moral y subjetiva.

1.3. Derecho a sexualidades libres de discriminación y violencias

Este aspecto reconoce el derecho a ejercer la sexualidad de manera libre, sin discriminación, coerción o violencia; elemento que, dentro de la noción amplia de derechos sexuales, reproductivos y reproductivos, se le ha otorgado un lugar menor por parte del reconocimiento institucional, en las leyes y sobre todo en la aplicación de las políticas (Brown, 2008). Del mismo modo, en el CAPS Las Playas se ha visualizado que a la hora de pensar y abordar la “salud sexual/reproductiva” como se lo suele enunciar generalmente, se prioriza los aspectos vinculados a la reproducción y anticoncepción, por sobre este aspecto. No obstante, de manera más secundaria o relegada, pero aparece el derecho a un ejercicio libre de la sexualidad.

Esta noción del derecho al libre ejercicio de la sexualidad remite a la lucha histórica de los movimientos sociales feministas y de mujeres por lograr el control por sus cuerpos y separar la sexualidad de los mandatos de la maternidad y heterosexualidad obligatorias. En estas

reivindicaciones “se politizan relaciones sociales: relaciones consideradas privadas son reveladas como atravesadas por una dimensión política (por subordinaciones, dominación e incluso violencia), relaciones percibidas como naturales se reconocen como construidas social e históricamente” (Petracci y Pecheny, 2009, p. 39). Esto implica comprender (y problematizar) el orden binario heteropatriarcal, con su binarismo de género (varón-mujer) y su matriz heteronormativa que históricamente ha impuesto la heterosexualidad obligatoria y a la reproducción biológica, como mecanismos de disciplinamiento (Mattio, 2012; Hermida, 2021). Por ello, es necesaria la perspectiva de género, interpretando la simbolización cultural de las diferencias entre varones y mujeres, sus relaciones con respecto a la sexualidad y reproducción, así como también los códigos de conductas que surgen de esta simbolización (Pérez Duarte y Noroña, 2002).

En el ámbito de las instituciones públicas y las políticas sociales, promocionar el derecho a la sexualidad libre de violencia y discriminación implica, por tanto, cuestionar estas normativas sociales, que históricamente se han planteado como naturales. Además, implican el cumplimiento de las normativas vigentes, por ejemplo, con el respeto de la orientación sexual e identidad de género de los/as usuarios/as, sin discriminación. No obstante, esta mirada no ha estado siempre en las instituciones de salud pública, y tampoco es una *batalla ganada*, ya que “la inclusión de estos derechos en el campo de la salud fue y sigue siendo objeto de disputas de sentidos y negociación, en un proceso político dinámico y conflictivo” (Bosio y Crosetto, 2020, p. 12). En estas instituciones coexisten las distintas miradas y nociones sobre el género y la sexualidad -incluidas las naturalizaciones de mandatos y binarismo de género-, a la vez que convergen los paradigmas de la salud: por un lado el paradigma biomédico hegemónico con su centralidad en los aspectos biológicos, y por otro lado, un enfoque de salud integral.

En el CAPS Las Playas se encuentra una convergencia de miradas en sus integrantes. En la mayoría, aparece la sexualidad ligada a la heterosexualidad, a la idea de cuidado, y a la posibilidad (o prevención) de la reproducción. Esta mirada, vinculando la sexualidad al ámbito familiar y a la prevención de riesgos (de ITS y de embarazos no deseados) aparece principalmente por los/as agentes de salud en las atenciones individuales en consultorio, cuando se trata de mujeres adultas, en edad de reproducción. *“El cuidado de usar el preservativo para las enfermedades de transmisión sexual, el control para que se hagan un chequeo, un control, una serología para detectar si tienen o no alguna enfermedad”* (Enfermera).

En las entrevistas realizadas durante la investigación, una sola profesional se refirió a las prácticas y miradas del personal de salud que muchas veces reproduce mandatos y estereotipos sobre la sexualidad, y que pueden constituirse en obstáculos para el acceso de derechos. Tratándose de una profesional de Medicina recientemente graduada, mencionó la importancia de no asumir la heterosexualidad en las personas, para poder generar un ámbito de confianza durante la atención médica y así, la persona pueda realizar las consultas o comentarios que sea necesario para una sexualidad libre y segura y saludable. Por otro lado, fue la única en referirse a la sexualidad de las personas mayores, que por lo general está invisibilizada en nuestra sociedad, e inclusive en los servicios de salud. *“A veces pasa mucho que vos le preguntas a una adolescente que está iniciando la vida sexual, si se quiere cuidar [...] No hay que olvidarse también de cómo quiere abordar su*

sexualidad e invitarla a que se saque esas dudas. Que a veces vos das por sentado que es heterosexual y a lo mejor quiere preguntar por relaciones homosexuales, tiene alguna duda de eso, y ya, si no le das el pie, es como que no se animan a preguntar [...] Yo empezaría por ahí: qué tipo de relación, si ya tuvo alguna experiencia, si tiene alguna duda. Y después, a partir de ahí, siempre educar sobre el uso del preservativo en cualquier tipo de relación y la responsabilidad. [...] También a la gente mayor no se le suele preguntar si tienen relaciones sexuales, y eso también me parece mal. Porque la gente mayor tiene relaciones, y hasta a veces tiene enfermedades de transmisión sexual. Y cuando le piden un análisis de sangre, para control, no les piden serología. Y eso puede estar" (Médica). El hecho de que esta mirada que problematiza la matriz heteronormativa en el abordaje de la sexualidad sea expresada por una sola profesional de manera espontánea, y no estar generalizado en el resto del equipo, posibilita pensar que no se encuentra presente de manera integral en el equipo de salud. En cambio, se constituye como una característica que disrumpe y tensiona la manera hegemónica y patriarcal de abordar la sexualidad en este ámbito.

En cuanto a los sujetos a los cuales se dirige la intervención, como se mencionó anteriormente, en materia de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, las prácticas sociales del CAPS Las Playas se orientan principalmente a mujeres, en edad de reproducción, sean adolescentes, jóvenes o adultas, (presuntamente) heterosexuales. Quedan mayormente al margen personas con otras identidades de género, orientaciones sexuales que no responde a la heteronormatividad, y otros grupos etarios, como las personas mayores. Este hecho, se comprende con los aportes de Brown (2008), quien afirma que los varones, las personas no heterosexuales, los y las viejos y viejas tienen muchas más dificultades de ser considerados en el marco de estas políticas. Aunque, la autora incluye en el grupo que suele quedar por fuera de las políticas a los y las adolescentes, en el caso del CAPS en estudio, sí se incluye desde algunas acciones a las adolescentes, principalmente a las del género femenino, con el objetivo central de prevenir el embarazo adolescente. *"Suele haber embarazadas adolescentes [...] muchas mamás muy jovencitas. Bueno, ahí se trabaja mucho lo que es consejería, ver de la colocación del chip, todo eso, para prevenir, ¿no? Las enfermedades y todo lo demás"* (Enfermera).

Al indagar específicamente sobre la población de la diversidad sexual LGBTIQ+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans/Travestis, Intersexuales, Queer, y otras identidades y orientaciones sexuales), el equipo del CAPS visibilizó a la población trans que asiste al CAPS, atribuyendo como factor que posibilita su asistencia y permanencia el hecho de que una persona con identidad transexual integre el equipo del centro de salud, quien también es activista y referente local del colectivo militante: *"En verdad, acá vienen por la afinidad. Primero porque estoy yo. Eso ya para ellas es la puerta gigante, imagínate. Entonces como que vienen, está mañana vinieron tres chicas trans [...] Pero siempre, más que nada todo termina, dónde, en el Consultorio Inclusivo"* (Agente sanitaria). El consultorio inclusivo está compuesto por un equipo interdisciplinario, brinda atención integral dirigido a población de la diversidad sexual, y funciona en la Asistencia Pública.

Otra integrante del equipo coincidió con esta interpretación: *"Se trabaja, en realidad creo yo, por una cuestión de que esté (nombre de la integrante del CAPS), acá trabajando con nosotros. No creo que en todos los CAPS sea igual. Y si, trabajamos bastante. Vienen mucho al médico, al*

odontólogo, pero por ahí se trata más de derivar al Consultorio inclusivo. Se deriva la atención médica, más que nada. Yo considero que la atención médica de ahí es un poco más amena para las diversidades, más respetuosa. Y también creo que es algo para lo cual uno necesita un poco más de formación también. [...] Para mí vienen porque está ella y saben que acá no van a encontrar un lugar excluyente” (Trabajadora social). Este hecho, en el que se destaca como factor de accesibilidad para las personas con identidad transexual el poder ser atendidas por otra persona trans en un equipo de salud, pone de manifiesto la gran cantidad de barreras que aún persisten para lograr una verdadera accesibilidad en el sistema de salud para las personas no heterosexuales ni cisgénero.

Con respecto a varones (cisgénero) en general, y heterosexuales en particular, su participación, asistencia o consulta aparece generalmente invisibilizada en el equipo de salud. Las integrantes del CAPS no refieren realizar acciones de búsqueda activa, salvo cuando se trata de infecciones de transmisión sexual, con mayor prioridad cuando se detecta una ITS en personas gestantes, con la necesidad de aplicar también el tratamiento a su pareja sexual (por lo general se enuncia en singular) para evitar reinfección en la persona gestante. *“Y el hecho de detectar, es decir... Hay que hacer este tratamiento, a vos y a tu pareja, necesito que tu pareja venga. A veces lo logramos, a veces no. Lo vamos a buscar. El tratamiento tiene que ser completo”* (Médica clínica).

Esto expresa una constancia en las instituciones sanitarias: *“la excepcional preocupación sanitaria por la salud sexual y reproductiva (...) de los varones, no hace más que reafirmar la regla: son atendidos en tanto su salud pueda presentarse como factor de riesgo al cumplimiento de los mandatos masculinos de procrear y proveer”* (Fabbri, 2019, p. 111-112). Esta búsqueda por parte del equipo de salud a los varones para realizar un tratamiento de ITS responde más a una necesidad de control sanitaria, en lugar de ser una estrategia para problematizar los roles de género vinculadas a la salud de las personas. *“Es muy poca la demanda de acompañamiento, por ejemplo, los papás a su mujer embarazada. Pero por ejemplo, si llega un caso de que alguna mamá, alguna embarazada, esté con tratamiento de sífilis, la doctora los manda a hacer los dos el tratamiento”* (Enfermera).

Tampoco han realizado desde el CAPS estrategias ni acciones comunitarias dirigidas a la población masculina, aunque sí se mencionan algunas atenciones individuales donde se intenta responsabilizar a estos sujetos de las cuestiones de cuidado, anticoncepción, así como la prevención de ITS, estando por lo general las acciones del cuidado atribuidas socialmente a las mujeres. *“Cuesta el hecho de que entiendan... Es como un mito o como un pensamiento un poco primitivo, que la mujer es la que está obligada a cuidarse [...] siempre hago ver eso. El hecho de que pueda, ella, tener una enfermedad, no quiere decir que vos estés exento a tenerla, que no lo sepas y lo tenés eso”* (Médica clínica). En lo mencionado se observa las -escasas- atenciones, acciones y estrategias del equipo de salud hacia los varones (cis), salvo en las situaciones puntuales mencionadas que, aunque el personal de salud reconozca que este hecho vincula a las construcciones de género y a los mandatos de masculinidad, no se llevan a cabo intervenciones para modificarlo. *“Lo veo en esto también de la desigualdad de género. [...] Es difícil. Tendríamos que buscar, ahí, alguna forma de poder captarlos”* (Trabajadora social). En términos de Fabbri (2019):

Así como existe un déficit de demanda de servicios de salud por parte de los varones (cis), podemos hablar también de un déficit de oferta de servicios de salud, de estrategias

específicas de promoción, captación y retención de los mismos en el sistema sanitario, que impacta en la reducción de la accesibilidad a la salud por parte de los varones. (p. 111).

1.4. Recursos materiales, humanos y simbólicos para el acceso de derechos sexuales

“Y muy muy poco, pero bueno, se trabaja con lo que se puede”
(profesional del CAPS Las Playas)

Para acceder efectivamente a los derechos sexuales es necesario contar con recursos materiales, humanos y simbólicos. El desfinanciamiento de las políticas públicas se constituye en obstáculo para el acceso efectivo y la implementación de las leyes y programas que conforman el marco normativo de estos derechos. Como explican Petracci y Pecheny (2009), las condiciones materiales y simbólicas que permiten ejercer estos derechos, son de por sí, recursos que no están universalmente disponibles en la sociedad, es mediante las políticas públicas que el Estado dispone de recursos públicos para las necesidades de la población.

“Nada es suficiente acá, por la cantidad de gente que hay. Pero bueno, se trata de cumplir con todos” (Administrativa). Esto respondió una integrante del equipo durante una entrevista ante la consulta acerca de con qué recursos cuentan para el abordaje de este campo. Su respuesta expresa que los recursos son limitados pero que aún así se intenta dar respuesta a las situaciones presentadas.

En el CAPS Las Playas el **recurso humano** es el equipo de trabajo, compuesto por profesionales, personal administrativo y agentes sanitarios/as. La trayectoria laboral de sus integrantes incide en la mirada y enfoque para brindar la atención, en la formación y capacitación de los/as agentes de salud y, también, en el fortalecimiento del equipo. Durante el proceso de investigación, el equipo del CAPS transitó cambios de integrantes por distintos motivos (licencias por enfermedad, cambios institucionales, desvinculaciones laborales por despidos y renuncias, entre otras). Un factor en este hecho pueden ser las condiciones laborales de los agentes de salud afectando la permanencia de los mismos. Esto incide en la calidad de los servicios brindados, en la motivación de los integrantes del equipo, y en el vínculo con la población, sobre todo teniendo en cuenta que el CAPS es una institución con un enfoque comunitario y territorial, aspecto que se profundizará en el próximo apartado de Atención Primaria de la Salud.

Considerando que el presente TFG indaga las prácticas sociales del equipo del CAPS en relación a los derechos sexuales, en lo que respecta a los **recursos materiales**, se mencionan a continuación cómo se gestionan y administran estos recursos; qué requisitos o criterios están establecidos para el acceso a estos; qué acciones de coordinación o derivación de la demanda realizan en relación a otros CAPS u otras instituciones de salud para la continuidad ante la falta de un recurso; entre otras prácticas. En cuanto a los recursos simbólicos, se incluyen las prácticas que realizan para la difusión de la información y visibilización de la temática.

Los anticonceptivos y métodos de prevención de ITS, provienen del Estado Nacional, mediante el programa Remediar y el PNSSyPR, del Estado Provincial y también de compras de la municipalidad. Todas las semanas, el personal administrativo del CAPS envía el pedido de insumos a la farmacia de la Asistencia Pública. *“Acá mandan lo que es el pedido, desde Farmacia nos mandan*

los preservativos, lo que es las pastillas anticonceptivas y los inyectables. Y las pastillas que mandan es la de 21 días, la de 35, las de 28, y la pastilla del día después también” (Enfermera).

Dentro de los métodos anticonceptivos disponibles en el CAPS, el implante subdérmico es el único método que se encuentra determinado a un determinado grupo etario, comprendiendo desde los 14 a 26 años. *“Tratamos de... como es poco el recurso, que sea para las personas que no puedan adherir de ninguna forma a la píldora”* (Trabajadora social). El resto de los MAC no cuenta con este tipo de criterios.

En la mayoría de las entrevistas, la falta de distintos métodos anticonceptivos es reconocido como un obstáculo para la garantía de derechos. Teniendo en cuenta, además, que de acuerdo a recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación, lo óptimo es que cada persona pueda elegir el método más adecuado según sus preferencias, costumbres y estado de salud, siendo que la eficacia de los MAC está vinculado al uso correcto del mismo (DNSSR, 2023). No obstante, no basta con tener acceso a información, sino que también se necesita el acceso material a estos derechos. *“Yo sé que voy a hacer venir a una paciente, vamos a hacer los estudios, papanicolau, un montón de cosas, para que después pueda empezar en el anticonceptivo ideal, que cuando son un poco más grandes hacemos eso. Pero después no tengo, a lo mejor, por seis meses, no tengo ese anticonceptivo para dar”* (Médica clínica).

“Hay mucha falta de recursos, muchos métodos anticonceptivos que a veces no tenemos, que no se pueden brindar y muchas veces al que la paciente tiene adherencia no se lo podemos brindar por el faltante. El ACI, por ejemplo, es uno. El inyectable, la mayoría de los adolescentes tiene mayor adherencia a ese tratamiento y hoy es uno que está en falta. No hay ni para un mes, ni para tres meses ni para nada. Entonces, por ahí, ese es uno de los métodos que, por ahí, es muy utilizado y no está” (Médica obstetra). Las dificultades para acceder a algunos métodos anticonceptivos se vinculan a los faltantes o una excesiva demora en el tiempo de disponer del método. Son circunstancias que varían por momentos, añadiendo una incertidumbre sobre la disponibilidad.

“Lo que tiene demora son los implanon. Y yo particularmente considero que los que mandan acá son muy pocos. Nos mandan tres por mes, a una población re grande. Tenemos siempre una lista de espera... cuando vienen a preguntar, vamos anotando, y apenas tenemos el implanon los llamamos”, “La espera ahora ya es un mes, dos meses. También nos pasa, que como a veces pasa mucho tiempo, la llamamos, y, o a lo mejor ya se lo colocaron en el hospital, o lo pensaron mejor y no se lo quieren poner” (Trabajadora social). En función de la información obtenida, a finales del año 2023 contaba con mayor demora el recurso de los implantes subdérmicos. En cambio, en el momento en que se realizó las observaciones, en el mes de mayo de 2024, las agentes de salud comentaban que esta situación se había modificado. En una reunión de equipo, una administrativa expresó: *“Vienen con nombre y apellido, a pedido. Pero yo tenía uno. Entonces se lo colocamos, y ahora lo pido a nombre de la chica que se lo colocamos hoy y repongo para la otra”* [Observación 14/05/2024].

Esto demuestra que ante la falta o demora de algún MAC, se realizan distintas acciones para poder ofrecer respuesta. Desde el CAPS buscan articular con otros Centros de Atención Primaria de la Salud, consultando si allí tienen disponible: *“tratas de ver en otro CAPS que sobre”* (Médica clínica), *“Siempre hay que preguntar eso, viste que no en todos los CAPS se entrega lo mismo. Hay distintas*

demandas. *Está bueno. Eso de estar conectado con otros centros de salud, me parece que es necesario*" (Trabajadora social).

Ofrecer a los/as usuarios/as un método alternativo surge en las entrevistas como otro intento de dar respuesta. *"Tratamos de derivar al hospital o de ofrecer algún otro método, como el DIU. Y en ese sentido articulamos con el CAPS del Rivadavia y el CAPS del San Justo, donde trabaja una doctora que coloca el DIU. Entonces gestionamos los turnos ahí. Porque es más pronto que ir a la Asistencia (pública). Nos hicimos como un circuito de los CAPS de la zona [...] Y siempre ofrecemos otro... Y ofrecemos, además, por el tiempo de espera. Porque se anotan para el implanon, entonces le decimos, bueno, arranca con las píldoras, dos meses, hasta que te llegue el implanon. Porque sino, como que quedan desprotegidas"* (Trabajadora social).

No obstante, el ofrecer otro método no aplica en todas las situaciones como solución ante el método faltante, por las distintas adherencias de las personas a métodos específicos, como por ejemplo, en el caso de adolescentes con el método inyectable: *"No tengo una continuidad a veces. Ahora no tengo el inyectable, y yo tenía muchísimas chicas jovencitas que estaban con ese método. ¿Por qué? Porque se olvidan las pastillas, y un olvido puede ser un embarazo. Y no se quieren poner el chip, porque le tienen miedo. Y no se quieren poner el DIU, mucho menos..."* (Médica clínica).

Con respecto a los recursos faltantes, también hubo un momento donde faltaron los preservativos, con lo perjudicial que puede ser para la salud no contar de manera gratuita con métodos de barrera para prevenir infecciones de transmisión sexual. Varias integrantes del equipo, a este faltante atribuyeron al período de cambio de gestión gubernamental (en diciembre de 2023). Una de ellas expresó: *"El tema de los preservativos, que ahora no estamos teniendo [...] Estamos teniendo un problema. Por eso yo espero que ahora que cambia la gestión nacional, compren y nos lleguen preservativos. Yo me acuerdo que en el 2015 había pasado más o menos lo mismo, que por un tiempo no había, porque no hay compras. Pero bueno, sí que se nota. Que son necesarios y que faltan, y que viene mucha gente, mira ahí dónde tenemos el buzón, y se va. Que solo vienen a buscar preservativos"* (Trabajadora social).

En cuanto a las condiciones de infraestructura del CAPS, que también son recursos materiales, se puede decir que el centro de salud cuenta con seis consultorios para todos/as los/as profesionales. Al consultar al equipo si eran suficientes, algunos integrantes respondieron que no.

"Entre odontología y el resto de las especialidades, pediatría, psicólogo, obstetricia, Trabajo Social, y el de enfermería, son cinco consultorios [...] Es probable que no. Tuvimos que adaptarnos en cuanto a los horarios para que no hubiese superposición de tareas. Y como que por ahí necesitamos coordinar en el mismo horario y no había espacio, por ahí necesitamos trabajar en conjunto con la pediatra o con la psicóloga..." (Médica clínica).

Por otro lado, como se referenció al comienzo de este apartado recuperando los aportes de (Petracci y Pecheny, 2009), para facilitar el acceso a los derechos sexuales son necesarios, también, los **recursos simbólicos**, que posibilitan a la población acceder a la información y desnaturalizar mandatos culturales vinculados al género y sexualidad. Para fomentar esto desde las instituciones públicas se suelen incluir mecanismos educativos y actividades de difusión y concientización, ya que se tratan de derechos que requieren de visibilidad.

La herramienta principalmente valorada por el equipo del CAPS Las Playas para brindar información son las consejerías individuales y grupales, mediante talleres comunitarios. Esta herramienta, implementada en los ámbitos de salud, implica un modo de atención que puede ser individual o colectivo, donde se brinda información para la toma de decisiones por parte de los sujetos. Las mismas son definidas como:

“un espacio de encuentro entre integrantes del equipo de salud y personas usuarias, que tiene como objetivo principal fortalecer su autonomía para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera informada. Este modelo de atención parte del saber que tienen las personas sobre sí mismas y sobre las temáticas de la consulta, habilitando la posibilidad de trabajar a partir de los propios recursos de cuidado de los que siempre disponen, en mayor o menor medida. (DNSSR, 2023, p. 20)

Por tanto, brindar consejerías pretende democratizar la información en pos del acceso a los derechos. La información brindada debe ser “oportuna, accesible, adecuada y actualizada científicamente” (DNSSR, 2023, p. 20).

Es compartido por los/as integrantes del equipo que fueron entrevistados/as la importancia de la práctica de la consejería de salud, realizando las mismas en distintas instancias y por distintos motivos o demandas de la población. *“Brindándole información, información. Eso es lo más importante, información, permanentemente”*. (Administrativa de farmacia). Esta acción, según expresaron, la realiza tanto el personal administrativo/agentes sanitarios/as, como los distintos profesionales. *“El psicólogo también puede hacer consejería, quien está en farmacia también lo puede hacer. No dejar que se vayan con dudas”* (Médica clínica). Son brindadas como respuesta por lo general a una consulta, que realizan las personas tanto a los/as profesionales como al resto del equipo. El personal médico afirma la importancia de que la información sea brindada en términos accesibles para su comprensión. *“Siempre se le brinda una información, y muchas veces busco por ahí un vocabulario más vulgar, o más de ellos, para que me entienda, porque si hablas muy médico tampoco te terminan entendiendo, Y la idea es que puedan interpretar lo que vos decís”* (Obstetra).

Otra herramienta que se suele utilizar desde las instituciones públicas para difundir información suelen ser Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). No obstante, las integrantes del CAPS entrevistadas refirieron que no suelen utilizarlo para brindar información sobre los DSRyNR por falta de tiempo disponible. Además, ningún integrante del equipo del CAPS está abocado a las tareas de comunicación. *“Poco y nada, no se ha difundido mucho, por el hecho de que estamos tan atareadas ahora que por ahí no”* (Administrativa). *“Sí podemos publicar algo, poner fotos y hacer ahí algo resumido para las redes, pero no le damos tanta porque no tenemos tanto tiempo para hacerlo”* (Administrativa de farmacia).

Además de lo mencionado, otra manera de difundir la información sobre la temática vinculado a los DSRyNR es folletería y cartelera en los espacios de salud. Estos recursos si bien son considerados recursos materiales, son incluidos en los simbólicos porque su fin es justamente informativo. Al ingresar al CAPS Las Playas se puede ver afiches colgados en las paredes del pasillo y sala de espera donde contiene información vinculada a salud sexual, la importancia del uso de preservativos y de realizar exámenes serológicos de infecciones de transmisión sexual. Los folletos

fueron considerados por las integrantes del CAPS como una herramienta adicional, pero la principal es la consejería. *“Generalmente, cuando hacemos las charlas los folletos están. Cuando es, no sé, cuando hay un evento especial, también se busca que la gente tenga información. Los folletos están a disponibilidad de la gente, allá en la mesa de entrada”* (Médica clínica). *“Folletería, siempre lo ponemos en los escritorios para que la gente lo vea”* (Enfermera).

A modo de síntesis de este apartado acerca de los recursos materiales, humanos y simbólicos, se interpreta que son fundamentales para el acceso a los DSRyNR. El acceso a la información como a los medios efectivos para acceder a los mismos fueron reconocidos en los tratados internacionales ratificados por el Estado Argentino y en muchas de las leyes nacionales que abarcan los distintos derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, como la ley N° 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR).

Sobre los tratados internacionales, se encuentra principalmente la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979, ratificada por Argentina e incluida en la reforma de la Constitución Nacional de 1994. La CEDAW incluye en varios artículos a los derechos sexuales (Brown, 2008), en su artículo 12, compromete a los Estados partes a adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres y para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la planificación familiar, estableciendo el derecho a tener acceso a la información, la educación y los medios que permitan ejercer estos derechos (art. 16, inc. e).

En el caso de estudio investigado, se evidencian las deficiencias y dificultades para el acceso a diversos tipos de recursos, así como el impacto de las demoras y carencias en su disponibilidad. Estas deficiencias no solo afectan el acceso de la población a sus derechos, sino que también repercuten en el equipo de salud, que trabaja bajo un constante sentido de incertidumbre respecto a los recursos con los que cuenta. Esta situación genera que los miembros del equipo asuman la responsabilidad de desarrollar estrategias de gestión, asesoramiento y coordinación de recursos en otros centros de salud, con el fin de facilitar el acceso y dar respuesta a las demandas presentadas. A esta problemática se suma la inestabilidad laboral del personal de salud, lo que afecta la permanencia de los trabajadores y, por ende, impacta en la estabilidad y consolidación del grupo de trabajo y en el vínculo sostenido con los sujetos.

Lo expuesto se relaciona con lo señalado por Carballeda (2012), quien destaca los obstáculos en la accesibilidad derivados de la incertidumbre frente a la dificultad de ofrecer respuestas singulares e integrales a las demandas, situación que se ve atravesada por la complejidad de los escenarios actuales y las lógicas institucionales en el ámbito de la salud. En este sentido, el autor afirma: "Lo institucional se inscribe en un terreno de nuevas formas de incertidumbre, donde la accesibilidad comenzó a ser atravesada por interrogantes ligados a la posibilidad de asistencia de las instituciones públicas, privadas y de la seguridad social" (Sección 5. La accesibilidad y la incertidumbre en la atención dentro del campo de la salud, párr. 1). Una de las propuestas del mismo autor para contrarrestar esta situación implica recuperar la visión de la salud como proceso histórico social, pero especialmente desde la perspectiva situada "de los sujetos de derecho social que hacen uso del Sistema de Salud" (Sección 8. La Accesibilidad como categoría en las Políticas de Salud).

Este enfoque se complementa con la reflexión de Petracci y Pecheny (2009), quienes abordan las brechas existentes entre la formulación de leyes y políticas públicas y su efectiva implementación en la realidad concreta.

Uno de los problemas aquí no es la ausencia de leyes de salud sexual y reproductiva sino la ausencia o debilidad de las políticas públicas, ya sea por la falta de voluntad política, la permanencia de conflictos que estaban presentes en la redacción de las leyes, y la brecha –por cuestiones presupuestarias, burocráticas o propias de la dinámica jurídica, como los vetos totales o parciales, las modificaciones de artículos, entre otros aspectos– que se produce entre la formulación y la implementación de una política (p. 42).

Entonces, a modo de síntesis de este primer apartado de análisis que pretendió responder al primer objetivo específico: Conocer cuáles son los procedimientos y modalidades de trabajo para el acceso a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos (DSRyNR) en el CAPS, se puede decir que los procedimientos de trabajo del caso en estudio incluye los tres aspectos de los DSRyNR de la definición de Brown (2008): embarazo; anticoncepción y aborto; y sexualidades diversas, aunque no se abordan los tres aspectos de igual manera. Prevalece la atención a las cuestiones de embarazo, anticoncepción y aborto, mientras que el derecho a ejercer la sexualidad de manera libre de violencia o discriminación, es abordado de manera menos generalizado.

Los procedimientos de trabajo se dirigen principalmente a las mujeres en edad de reproducción, incluyendo a adolescentes, jóvenes y adultas. Los recursos para que ellas accedan a estos derechos resultan insuficientes e inestables, variando la disponibilidad, sobre todo de los recursos materiales en distintos momentos, esto se debe a falta de presupuesto en las políticas públicas o circunstancias asociadas a cuestiones gubernamentales, como momentos de cambio de gestión pública. A pesar de esto, el equipo lleva a cabo diversas acciones y estrategias para intentar dar respuesta a las necesidades y demandas que se presentan, como articulación o derivación con otros centros de salud.

Con respecto a la salud sexual de las mujeres, el equipo de salud tiene presente, por lo general, la noción de derechos a acceder, posiblemente al estar vinculado con las luchas recientes de movimientos de mujeres, como en el caso del derecho al aborto. En el caso de otros sujetos e identidades, como varones y diversidades sexuales LGBTIQ+, la accesibilidad se torna más compleja. En el caso de los varones, no se realizan acciones de promoción comunitarias para involucrarse en estas cuestiones, salvo en situaciones particulares como en la detección de infecciones de transmisión sexual, pero las nociones de cuidado y anticoncepción siguen ligadas principalmente a las mujeres. En el segundo caso, de las disidencias sexuales –que no son hetero o cisgénero– la accesibilidad se posibilita por la presencia en el equipo del CAPS por una persona de identidad transexual, además de articular o derivar atenciones al Consultorio Inclusivo con un equipo con mayor formación en esta temática.

2. Acciones específicas de Atención Primaria de la Salud en relación a los derechos sexuales

“Desde el grupo buscamos la vuelta para brindar, para hacer promoción y prevención porque somos APS” (Obstetra)

Para aproximarnos a las acciones específicas vinculadas a la APS, es necesario encuadrar al CAPS como una institución perteneciente al primer nivel de atención, ya que se trata de un centro de baja complejidad, de acuerdo a su infraestructura, servicios que ofrece y las necesidades que atiende, siendo éstas las básicas y más frecuentes (Vignolo et al., 2011).

En la ordenanza local N° 7122 que establece el vigente “Programa de Gestión Territorial Integral” bajo la dependencia de la Secretaría de Salud, se encuentran elementos y conceptos que se alinean con los principios de la APS. Entre estos se destacan las siguientes frases: “gestión colectiva de acciones de salud”, “acciones integrales de protección de la salud, centradas en las necesidades de la comunidad”, y la organización de equipos de trabajo que llevan a cabo estas acciones en los CAPS de manera “territorial” e interdisciplinaria (art. 2 y 3).

Además, cabe destacar que el enfoque de la APS es un componente central en la denominación de la institución (Centro de Atención Primaria de la Salud), la cual es comúnmente conocida, de manera coloquial, como “dispensario” o “salita”, entre otros términos.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se analizará si las prácticas implementadas responden efectivamente al enfoque de la Atención Primaria de la Salud (APS), en lo que concierne específicamente al abordaje de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Al retomar lo desarrollado en el apartado de Atención Primaria de la Salud dentro del marco teórico, se recupera su concepto original, vinculado a la definición de la Declaración Alma-Ata (del año 1978), que definió a la APS como una asistencia sanitaria que promueve la salud de manera integral para toda la sociedad, involucrando a otros sectores sociales y económicos, además del propio de la salud. Un aspecto importante en la declaración internacional es la territorialidad, procurando la atención sanitaria lo más cerca posible de la comunidad. Estos aspectos se encuentran presentes en el enfoque del CAPS Las Playas, ya que el equipo, según lo expresado en las entrevistas, valora y procura llevar a cabo la integralidad de la salud, la interdisciplina, el abordaje situado teniendo en cuenta los aspectos multidimensionales de la población, la cercanía territorial con la población, entre otras.

Asimismo, en el equipo de salud es común que se comparta el sentido de que la Atención Primaria de la Salud se orienta a la promoción y prevención. Esta concepción queda reflejada en la frase que se utiliza para introducir este apartado: *“Desde el grupo buscamos la vuelta para brindar, para hacer promoción y prevención porque somos APS” (Obstetra)*.

En este punto, se manifiestan los elementos que González Vargas (2006) atribuye a la APS, siendo estos los servicios de prevención, de diagnóstico y tratamiento, de rehabilitación y de promoción de la salud, teniendo en cuenta las necesidades de la población, y desarrollando la atención de la salud en distintos escenarios, tanto familiares, institucionales y comunitarios. Las acciones del CAPS concuerdan con lo expresado por el autor en lo que respecta a la APS, ya que en el centro de salud se atienden diversas cuestiones de los procesos de salud-enfermedad, siendo la

temática de los derechos sexuales sólo uno de ellos. En este sentido, se abordan “los más variados y frecuentes problemas de salud y sus determinantes” (Gonzalez Vargas, 2006, p. 59).

Esta atención desde la APS desempeñada en distintos escenarios, tal cual referencia el autor mencionado previamente, se pone de manifiesto en el CAPS Las Playas, al brindar atenciones individuales y grupales en el propio centro de salud, tanto en los consultorios como en la sala de espera; pero también en los domicilios de los sujetos, tanto de manera individual como familiar; en otras instituciones, principalmente en las escolares; y en el ámbito comunitario, es decir, en acciones más generales en el territorio de los barrios que comprende la zona programática de esta institución. Esto se pudo evidenciar en las instancias de observación realizadas durante el trabajo de campo. Por ejemplo, durante una reunión de equipo, integrantes del CAPS propusieron realizar una charla en la sala de espera en el marco de la semana del parto respetado. La médica obstetra refirió que el lema del año 2024 es “El parto es respetado cuando podés elegir”, por lo cual, pensaron en brindar consejería en derechos. Una de las integrantes expresó *“podemos hablar cuando está la sala acá llena”*, a lo cual, la obstetra respondió *“lo podemos hacer el martes, que están los controles de embarazo”* [Observación 14/05/2024]. Así, las acciones propuestas por el CAPS muchas veces se enmarcan en efemérides nacionales o internacionales vinculadas a la salud, y el escenario elegido para brindar la actividad forma parte de las estrategias para brindar la información a la población. De esta manera, el CAPS lleva a cabo acciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención.

Se puede decir que, en el campo de los derechos sexuales, el equipo de salud del CAPS Las Playas reconoce la importancia de realizar promoción de estos derechos. Una forma de **promoción** son las consejerías, mencionadas anteriormente. Las mismas pueden ser tanto individuales como grupales, éstas últimas en espacios de talleres. Las consejerías individuales se realizan a demanda pero también bajo la idea de oportunidad, ya sea en el contexto de una consulta en consultorio, o en mesa de entrada, por personal administrativo, durante la entrega de algún MAC o test de embarazo, por ejemplo. *“Con la entrega de los test de embarazo, ahí surgen un montón de conversaciones. Porque yo en ese momento que puedo entregar, ahí podemos hablar...”* (Administrativa). *“Principalmente consejería de demandas que derivan de mesa de entrada o de la farmacia”* (Trabajadora social).

En cuanto al **contenido** de las **acciones de promoción y prevención** en materia de derechos sexuales se vinculan principalmente a los métodos anticonceptivos y también a la realización de controles ginecológicos. *“El cuidado de usar el preservativo para las enfermedades de transmisión sexual, el control para que se hagan un chequeo, un control, una serología”* (Enfermera)

“Y empezas desde el preservativo en adelante. Haciendo bien la distinción de que la anticoncepción previene el embarazo pero no el contagio de enfermedades. Entonces, hacemos así, le damos páginas del Ministerio de Salud para que puedan [...] Generalmente les digo, mira, hay página del Ministerio de Salud donde hay salud sexual y reproductiva” (Médica clínica). Esta referencia sobre la posibilidad de buscar más información en páginas oficiales fue mencionada en relación a la atención con población adolescente.

Los talleres como acciones comunitarias de promoción son frecuentes en los equipos de APS para difundir información de salud en general. En el CAPS de Las Playas, sobre la temática mencionada, las entrevistadas refirieron algunos talleres que realizaron de manera ocasional, vinculadas a efemérides relacionadas con la salud sexual. Mencionaron principalmente acciones llevadas a cabo en la sala de espera y en el ámbito de las instituciones educativas formales, realizando acciones de articulación intersectorial e interinstitucional.

“Sabemos hablar ahí en los pasillos mientras los pacientes están en espera de entrar al consultorio, sabemos unas charlitas de consejería, se reparten preservativos [...] En las escuelas sí vamos a hacer charlas. Tenemos la escuela acá en Las Playas que es el Vera Peñaloza, que es de secundario, y acá tenemos la Arturo M. Bas, que es el primario, y ahí siempre vamos con la trabajadora social, la psicóloga, a veces, la médica, y vamos a hacer charlas de prevención y consejería” (Enfermera).

Dentro de estas acciones de promoción y prevención, desde un trabajo intersectorial, las integrantes del CAPS recuperaron la experiencia de talleres realizados con continuidad mensual en la escuela primaria Arturo M. Bas, ubicado en el barrio Las Playas. Allí, el equipo del CAPS brindó información a los/as estudiantes, abordando distintas temáticas vinculadas a la salud integral, incluyendo la salud sexual y la Educación Sexual Integral. *“En las escuelas se hace mucho. Hay unos talleres que se hacen todos los jueves, con temáticas distintas se hacían, entonces en uno de esas temáticas estaba anticoncepción”* (Médica obstetra).

“Estuvimos siempre articulando con la Escuela Primaria, el Arturo M. Bas, estuvimos el primer miércoles de cada mes, yendo a hacer talleres ahí, de diversas temáticas, incluida los derechos sexuales, los cambios de cuerpo, la menstruación. Porque por ahí eso, la demanda principal fue que las niñas de quinto grado no tenían mucho idea de la menstruación, entonces les venía y no sabían cómo manejarlo. Así que estuvimos haciendo talleres en quinto y en sexto grado, y después ya nos quedamos en sexto como un poco más abierto, no sólo ESI [...] Y con las guarderías si articulamos, pero más como, talleres de lactancia o talleres de cuidados de... Viste que por ahí las mujeres tienen a sus bebés, y como por dos años se encargan de su bebé y su cuerpo queda relegado de los estudios [...] Y bueno sí, te demanda más un niño y tu cuerpo queda como más en segundo plano. Entonces sí reforzar que se hagan los controles ginecológicos anuales. Y los controles de puerperio, también... Eso lo hicimos en la guardería, en la Sala Cuna” (Trabajadora social).

En la última cita mencionada se observa que durante las acciones comunitarias de promoción además de los temas más frecuentes como el cuidado de la salud, los controles médicos y los métodos anticonceptivos, es decir, temáticas vinculadas a la perspectiva biomédica hegemónica, se incluyen algunas cuestiones de género. Por ejemplo, con la situación de las mujeres abocadas a tareas de cuidados, aunque el fin de estas acciones sea la promoción de los controles ginecológicos, como una modalidad tradicional y hegemónica de la salud biológica (Bosio y Crosetto, 2020).

Por otro lado, dentro de las acciones de APS se incluyen también aquellas de **diagnóstico y tratamientos**. Respecto a los derechos sexuales, estas se dirigen principalmente a la confirmación de embarazos, a la detección y tratamientos de infecciones de transmisión sexual (ITS), y de enfermedades como el cáncer de mama o de cuello uterino, mediante la promoción de los controles

anuales ginecológicos, la realización de estudios complementarios, gestión de turnos con especialistas en otros establecimientos de salud, principalmente en la Asistencia Pública y Hospital Pasteur, entre otras prácticas.

En el abordaje específico de las ITS por parte del equipo del CAPS, se incluyen las consejerías brindando información, atenciones individuales como las consultas médicas donde se realiza el pedido de laboratorio de serología, el posterior control de resultados, y en el caso que se detecte alguna infección de transmisión sexual, la indicación de tratamiento o derivación al especialista correspondiente. En el momento en que se realizó la investigación, en el CAPS se realizaban las extracciones de sangre para los estudios de laboratorio, por parte del personal de enfermería y se encontraban realizando capacitaciones para ofrecer en un futuro los test rápidos, sin concretarse durante el tiempo que implicó el trabajo de campo de la investigación. En el caso de sífilis, en el CAPS se realiza el tratamiento mediante inyectables. Con respecto al VIH, se brinda el acompañamiento desde el CAPS y algunas personas reciben la medicación en el centro de salud, otras lo hacen en la Asistencia Pública. *“Tenemos pacientes que vienen a buscar medicaciones también, de HIV [...] quizás son pacientes específicos que ya viene la medicación específicamente para ellos. Sí, pero todos están con control. Desde el equipo siempre van con seguimiento”* (Enfermera).

En los abordajes de ITS, así como en otras situaciones que lo requieran, el equipo de salud despliega acciones de búsqueda activa de las personas, siendo una práctica específica desde la APS, al cual el personal de salud se refiere con los términos de “captación” y “seguimiento”. *“Si es reactivo, se habla con la doctora en el momento, se capta al paciente para que empecemos urgente el tratamiento”* (Administrativa).

Otra acción de búsqueda activa sucede frecuentemente cuando se detecta alguna ITS, para promover que la/s pareja/s sexual/es realice los análisis y tratamiento. Sucede muchas veces, como se mencionó anteriormente, que una ITS se puede detectar durante controles prenatales, implicando un trabajo de concientización y búsqueda activa para que la pareja de la persona gestante asista al centro de salud, que en algunas ocasiones se presenta con dificultad.

“Porque muchas veces... Se le hacen análisis a la persona gestante, le da VRDL (sífilis) positivo y se le explica lo que es, y [...] Cómo se cura, y además, la importancia de hacerse el tratamiento, y de que venga la pareja porque puede haber recontagio. Y hay mucho, en los discursos de: bueno le voy a decir que son unos honguitos... Es como, de querer tapar eso... Pero bueno, está ahí la resistencia, también por parte de las mujeres, de cómo expresar que tiene que acercarse el varón a hacer la penicilina. Es difícil” (Trabajadora social).

El fragmento anterior visibiliza lo expuesto por muchos estudios anteriores, evidenciando las diferencias de género en la asistencia, permanencia y adherencia a los servicios de salud, presentándose mayores resistencias por parte de varones. *“Siempre la mujer. Porque es más asidua a los centros de salud, me parece, que los varones [...] muy difíciles de captar a los varones. Muy difíciles. Me sorprende que en este último tiempo están viniendo más”* (Trabajadora social), *“Que no solamente se venga a chequear la mamá sino que también venga toda la familia, que venga el marido. A veces es muy difícil traer a las parejas”* (Agente sanitaria).

Para finalizar lo que respecta a ITS, es interesante incluir la reflexión de una de las profesionales del CAPS, que expresó que la prevención de estas infecciones se acota a los seguimientos y consejerías dentro de la institución, sin realizar acciones de manera comunitaria, durante el período en que se realizó la investigación. *"No tenemos mucho trabajo así comunitario, de salir, entregar folletos y eso. Es acá, en la sala de espera, y en estas consejerías que hacemos [...] Sí tenemos muchos casos con sífilis, muy difíciles de captar a los varones. Muy difíciles. Me sorprende que en este último tiempo están viniendo más. Pero sí. Tenemos mucho eso. Y el seguimiento de VDRL en embarazadas, y vamos casa por casa, a preguntar, si se hicieron los análisis, a los bebés o no. Pero no de prevención. Es más de seguimiento. De prevención es acá adentro"* (Trabajadora Social).

En esta última cita de una entrevista realizada se observa el desafío de la APS a superar la respuesta asistencial a las demandas, para poder llevar a cabo acciones más comunitarias. En las palabras de Stolkiner et al. (2011), se trata de una modalidad de trabajo que "prestan asistencia más convencional centrada en la consulta" (p. 2813), donde la participación social y el trabajo intersectorial no siempre se encuentra presente. En este sentido, la profesional del CAPS expresó la necesidad de fortalecer el vínculo con la escuela secundaria: *"Sí que me gustaría tener un poco más de conexión con el Vera Peñalosa, para abordar más las adolescencias, porque las que vienen acá son las que vienen a demandar directamente. Y por lo general son las que anotamos en la lista de espera en el implanon. Pero si que me gustaría hacer algo más comunitario de consejería"* (Trabajadora social).

Para profundizar el apartado sobre Atención Primaria de la Salud en derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, se abordarán a continuación las siguientes nociones claves: **la territorialidad, la interdisciplinariedad, integralidad, intersectorialidad y la participación comunitaria**. Estas nociones constituyen los ejes fundamentales del Programa de Gestión Territorial Integral (PGTI) *Salud, Familia y Comunidad* de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María (Ciuffolini et al., 2020). Dichas categorías guían las acciones del personal de salud del CAPS Las Playas, estando presentes, en algunos casos de manera implícita y en otros de forma explícita, en las prácticas sociales de sus integrantes. La mayoría de estas categorías se reflejan en lo expresado durante las entrevistas y observaciones realizadas.

Estas nociones responden a la APS como estrategia de abordaje integral y territorial de la salud, facilitando el vínculo de proximidad del CAPS con los/as usuarios/as, y por tanto, representa la potencia, o "*aspectos fuertes*" de la APS en el caso investigado. Esta proximidad con los sujetos representa, en términos de Carballada (2012), el lazo social entre el sistema de salud y los usuarios que ingresan, transitan y permanecen en él, lo que cimienta la accesibilidad, teniendo "la percepción del proceso salud enfermedad desde diferentes formas de territorialidad, donde la enfermedad es un acontecimiento ligado a diferentes cuestiones que la condicionan, producen y construyen desde una subjetividad situada" (p. 3).

2.1. Territorialidad

Como se mencionó anteriormente, la noción de territorialidad es central para el acceso de los derechos desde la perspectiva de la APS.

La modalidad de trabajo de la Secretaría de Salud se organiza mediante zonas compuestas por uno o más barrios, es decir, “áreas territoriales de población bajo cuidado” (Ordenanza N° 7122). El CAPS seleccionado incluye los barrios Las Playas, Evita, Industrial, Barrancas del Río y Villa Albertina de nuestra ciudad, y zona rural cercana a la ruta nacional N° 9, donde viven principalmente grupos familiares inmigrantes de origen boliviano, que se dedican a la actividad de horticultura y fabricación de ladrillos.

Este CAPS es la institución de salud más cercana a la población destinataria, principalmente en términos geográficos. En este sentido, las integrantes del equipo del CAPS Las Playas reconocen la cercanía territorial como un aspecto importante para las acciones de cuidado de la salud, siendo esta institución, en muchos casos, la “puerta de acceso” al sistema de salud. *“Es el CAPS como el punto de referencia. A veces la gente no tiene con qué ir al centro, al hospital, a la Asistencia. Entonces vienen acá, y acá se gestiona todo”* (Trabajadora Social).

“En estas zonas periféricas que a veces dicen: ah no, me tengo que ir a Villa María. Pero si estamos en Villa María chicas! Claro pero por las distancias es que a veces no van a otros lados que no sea el centro de salud” (Agente sanitaria).

La noción de territorio, y con ello, el contexto donde vive una persona, es visibilizado y tenido en cuenta por parte de los profesionales del CAPS. Por ejemplo, una profesional entrevistada expresa que ante la demanda y consulta de un/a usuario/a, requiere saber en qué contexto vive, a los fines de que sea un abordaje situado. *“Que vos, como paciente, venís y me preguntás... pero también yo necesito saber en qué contexto vivís (...) Nos gusta siempre conocer el alrededor. En ese sentido, es un lugar donde, es un barrio muy cerrado, los que vivimos acá, somos los que estamos acá, la mayoría nos casamos con gente de este barrio. Es como que está todo muy conglomerado. Entonces nos gusta también saber mucho, de lo que está alrededor de la gente. Pero siempre tratándose de, primero el individuo, pero dentro del contexto familiar primero, y social después”* (Médica Clínica).

Con respecto a la población que habita en zona rural, en las observaciones realizadas durante una reunión de equipo se pudo ver que acercarse y realizar abordajes en sus hogares, comúnmente llamadas “visitas domiciliarias”, son prácticas realizadas por lo general por distintos integrantes del equipo, lo cual, si no es un domicilio cercano al centro de salud, implica organizarse y movilizarse en los vehículos personales: *“queda muy lejos, ayer fuimos con [nombre de un miembro del equipo] en el auto de él”, “es difícil ir, es lejos y no tenemos ningún móvil”* (expresiones de distintos/as integrantes) [Observación 14/05/2024]. Por otro lado, para alguien que no conoce la zona, el llegar al lugar puede resultar una dificultad, por lo cual, suele acompañarse dentro del equipo. Por tanto, el conocimiento territorial del equipo del centro de salud resulta fundamental, ya que las distancias geográficas para estas poblaciones implica una dificultad para el acceso a la salud.

Un aspecto adicional a considerar es que dos integrantes del equipo del CAPS viven desde hace años en el barrio Las Playas, donde allí también trabajan. Los/as mismos/as consideran que esto favorece el vínculo con la población.

“Yo vivo en este barrio, entonces hay gente que me conoce extra. Entonces esa confianza creo que también está. [...] Generalmente piden turno conmigo, yo creo que está la confianza de conocerlos desde hace mucho tiempo”. (Médica).

“Yo trabajo aquí en el barrio, pero también vivo acá en el barrio. Entonces como que tengo, a veces, otras responsabilidades, y bueno, eso a veces, me da fortaleza para seguir trabajando, no solamente atrás de un escritorio, sino también en el territorio, fortaleciendo el territorio” (Agente sanitaria).

2.2. Interdisciplinariedad e integralidad

La interdisciplina es otro elemento característico de los Centros de Atención Primaria de la Salud. Esta modalidad de trabajo, en términos de Cazzaniga (2001), pretende trascender la mirada fragmentada de la realidad social -configurado de manera hegemónica en las ciencias sociales- y posibilitar el abordaje teniendo en cuenta la complejidad de las demanda, permitiendo la elaboración de alternativas en conjunto, pero también permite la contención grupal de los profesionales. A la vez, es necesaria para el cuidado y la promoción integral de la salud, reconociendo los distintos aspectos en la vida de las personas, a lo largo de toda su trayectoria vital.

El CAPS Las Playas se compone de un equipo interdisciplinario, compuesto por profesionales de diversas disciplinas, como se ha mencionado anteriormente, sumado a los/as agentes administrativos/as/sanitarios/as, cuyo rol se considera pilar en los equipos.

Al momento en que se realizó la investigación, el equipo de salud del CAPS Las Playas se componía por: personal administrativo (dos integrantes), dos agentes sanitarias, una profesional de Trabajo Social, dos profesionales de Enfermería, tres personales médicas (una con el título de médica, egresada poco tiempo atrás y las otras dos restantes con especialidades, una en Obstetricia y otra Clínica), dos profesionales de Odontología, una Licenciada en Psicología y una Licenciada en Psicopedagogía. Se puede decir que se trata de un equipo que, en ese momento, incluía una diversidad de disciplinas pertinentes a la salud, y por la cantidad de miembros de cada una de ellas, estaba adecuadamente constituido, siendo esto un factor clave para un enfoque amplio e integral de la APS. A tal punto que tenía en su equipo, especialidades que no se encontraba presentes en otro espacio del ámbito de salud municipal *“tenemos una obstetra, que es la única obstetra en la municipalidad, la tenemos nosotros así que bien”* (Enfermera).

No obstante, la composición del equipo del CAPS Las Playas se modificó durante el proceso de investigación, siendo además, una característica actual de los equipos de salud del ámbito local. Esto representa un desafío para lograr una cohesión e intercambio entre los integrantes del equipo, y llevar a cabo la interdisciplina en términos efectivos.

La interdisciplina, recuperando las palabras de Stolkiner (1999) no se trata de un encuentro casual de disciplinas, sino que requiere tiempo de trabajo, reuniones, programaciones articuladas y la construcción conceptual de las situaciones. En el ámbito de salud municipal, desde el PGTI se institucionalizó reuniones de equipo a través de horarios protegidos, contando con dos horas semanales donde se cierra la atención a la población, que potencia el trabajo interdisciplinario. En el caso del CAPS Las Playas, los horarios protegidos son los martes de 10.00 a 12.00 hs.

En este centro de salud, durante las reuniones de equipo se realizan planificaciones, tanto de actividades comunitarias como de los abordajes ante situaciones problemáticas, se comparte información sobre distintas situaciones, se diseñan estrategias de abordajes, se cumplen con tareas

institucionales, se revisan los dispositivos de salud, entre otros. *“Tenemos reunión de equipo en donde hablamos ahí de casos particulares y también organizamos lo que vamos a hacer durante las actividades que nos mandan a hacer, o si tenemos que hacer una visita [...] Tratamos siempre de abordarlo con el equipo. O sea uno atiende al paciente solo, pero después se charla, se conversa con el equipo cómo podemos hacer para ayudar al paciente o qué consejo les podemos dar. Pero sí, tratamos de trabajar todos en conjunto”* (Enfermera), *“Ponemos mucho en común los casos en las reuniones de equipo. Porque siempre cada una tiene una mirada distinta y podemos generar algunas estrategias diferentes. Viste que no nos sirven con todos las mismas estrategias. Entonces, si lo ponemos en común. Y además que viste que todos captan cosas distintas”* (Trabajadora social).

Tanto la reunión de equipo en particular, como la modalidad interdisciplinaria en términos más amplios, es valorada por los/as integrantes del equipo entrevistados/as, para las acciones de trabajo, y para fortalecer al equipo y contenerse mutuamente. *“Acá todos nos vamos acompañando y adaptándonos. [...] nos vamos cubriendo entre todas para poder cumplir con el trabajo que tenemos que hacer [...] tenemos dos horas semanales donde hablamos todos temas importantes y tratamos de resolverlos en todo el equipo”* (Administrativa de farmacia).

De esta manera, la interdisciplina aparece como un modo de abordar situaciones donde se pone en juego las dinámicas complejas sociales, como en el caso de los “embarazos no deseados”. *“Hay veces que [...] no son esos embarazos deseados, viste. Entonces, bueno, ahí se trabaja más con la psicóloga, con la trabajadora social. Y vemos, lo psicosocial, cómo está dilucidando esa mamá, ese embarazo, o cómo está pasando ese momento de su vida, para poder, bueno, para todo lo que se va a venir. Ahí trabajamos con el equipo interdisciplinario, la trabajadora social, la psicóloga, la médica generalista, la obstetra. Nos movemos todos”* (Agente sanitaria).

En otros relatos, a través de la información obtenida en las entrevistas, surge la interdisciplinaria como un aspecto necesario para llevar a cabo intervenciones efectivas y de calidad, similar a la intersectorialidad. *“Tiene que ser un abordaje interdisciplinario. No solamente un solo profesional, como equipo trabajarlo. Y trabajarlo con lugares más específicos, donde no solamente sea APS, sino también en conjunto con el hospital, en conjunto con laboratorio, con un montón de espacios”* (Médica Obstetra). Esta profesional, al expresarlo de manera imperativa en la frase *“tiene que ser un abordaje interdisciplinario...”* menciona la necesidad de un abordaje entre distintas áreas o instituciones.

Otro aspecto que surge en las entrevistas vinculado a la interdisciplina, es la importancia de la identificación de roles de cada integrante, que posibilita el trabajo en equipo. *“Estamos como, bastante organizadas. En cuestión, están divididas las tareas”* (trabajadora social). *“Cada uno tiene muy en claro cuál es la tarea que lleva adelante, pero creo que desde afuera se ve o nos caracterizamos por eso. Por saber que es un equipo que, con diferencias porque somos muchas personas, somos cerca de 18 personas que estamos todo el tiempo, trabajamos muy bien en equipo”* (Médica clínica).

Por esto, se desarrollan algunos aspectos generales de los roles de las entrevistadas en torno al abordaje de los derechos sexuales. Es compartido entre ellas, tanto profesionales como no profesionales, el haber identificado la importancia de las consejerías, tanto individuales como

grupales, en referencia a la temática vinculada, con el objetivo de brindar promoción y prevención. Además, se encuentra la atención meramente dicha, vinculada a cada disciplina. Por ejemplo, en el caso de enfermería, se vincula a la colocación de inyectables, ya sea de anticonceptivos, como de tratamientos de sífilis, vacunación de personas gestantes, etc. El personal médico, como se nombró anteriormente, se encarga de indicación de métodos anticonceptivos, detección y tratamiento de ITS, consejerías en contexto de consultas médicas por motivos generales y fichas médicas escolares de adolescentes. El personal de medicina obstétrica se encarga de controles prenatales y de puerperio, colocación de implante subdérmico y realización de toma de muestra del estudio papanicolau. Desde el Trabajo Social se encuentran las entrevistas psicosociales dentro de distintos circuitos, abordajes individuales, familiares y comunitarios ante situaciones problemáticas vinculadas a vulneración de derechos.

En cuanto al personal administrativo y agentes sanitarios, su rol es clave en los equipos, incidiendo su accionar en el ingreso y permanencia de los/as usuarios/as al centro de salud y entablando vínculos con los mismos. Son quienes reciben en primer momento las demandas en mesa de entrada, y deben encauzar las mismas.

Las administrativas que se encuentran en mesa de entrada tienen diferenciadas sus tareas. Una de ellas se encarga de la farmacia en la dispensación de medicación, pero también participa de visitas domiciliarias y otras acciones de seguimiento, búsqueda activa. La otra administrativa ubicada en la mesa de entrada se encarga de las tareas vinculadas a las agendas de los/as profesionales, entregar turnos en el CAPS y el suministro de métodos anticonceptivos, entre otras actividades.

En la palabra de ellas: *“Nosotras captamos, digamos, a lo que sea. Si viene a sacar un turno para ginecología, le preguntamos para qué es. Hubo casos en que tuvimos que intervenir en el caso de IVE o ILE, entonces tuvimos que hacer la consejería. Yo me capacité para poder hacerla porque digamos, **somos la cara visible**, la principal cara visible, para captar ese caso. Y bueno, tanto el embarazo como las anticonceptivas, los preservativos. Lo que se sugiere un seguimiento en estos casos de anticonceptivas, decirle que no pierdan el control, que sean constantes, que es un tratamiento, un cuidado para ellas”* (Administrativa).

“Antes estaba como agente sanitario, y trabajar más en la parte social, en la calle, viste [...] pero bueno, acá, a medida que van necesitando personal nos van capacitando para que podamos ocupar todos un espacio, así que ahora estoy acá” (Administrativa de farmacia).

En el fragmento anterior se destaca la frase “somos la cara visible” ya que, quien se acerca al centro de salud, primero debe dirigirse a la mesa de entrada. Realizan consejerías de situaciones que se presentan a diario, por ejemplo, en la demanda de MAC. Su rol implica estar atentas y poder derivar a los/as profesionales correspondientes.

Con respecto a las agentes sanitarias, su rol se vincula a ser promotores de salud, realizando acciones de búsqueda activa, seguimientos, visitas domiciliarias, además de gestionar turnos en Asistencia Pública y Hospital Regional Pasteur. *“Soy agente sanitario. Soy, bueno, un nexo, una promotora de salud, soy un nexo entre la comunidad y el centro de salud”* (Agente sanitaria).

No obstante, de acuerdo a lo observado en esta investigación, ambas agentes sanitarias también suelen estar en la mesa de entrada realizando tareas administrativas. Por tanto, en este

análisis se comprende al personal administrativo y agentes sanitarios/as como parte de un mismo núcleo donde se comparten actividades y colaboran en el equipo. En la palabra de una de ellas: *“haciendo un poquito de secretaria, ayudando al equipo, porque de eso se trata. En un equipo hay que fortalecer el equipo y hacía falta una administrativa [...] Pero lo mismo, hago mi parte de agente sanitario”* (Administrativa de farmacia).

Por lo desarrollado anteriormente, se puede decir que el accionar y la mirada de cada integrante del equipo es relevante para llevar a cabo la interdisciplina y la atención integral.

2.3. Intersectorialidad

Otro aspecto importante para llevar a cabo la APS, para que llegue al alcance de la mayor parte de la población destinataria, es el trabajo articulado con otras instituciones, áreas y sectores sociales.

Seguir la perspectiva de la APS, contemplando la salud de manera integral, e incluyendo aquella que compete a la sexualidad, implica no suponer que el cuidado de la salud le compete únicamente a los servicios sanitarios. Por el contrario, y reiterando los aportes de Cappuccio, Nirenberg, y Pailles “La idea del trabajo intersectorial como respuesta adecuada a la multidimensionalidad de los fenómenos de la salud” (2005, p. 71) se constituye como una meta y a la vez como un desafío de las intervenciones de salud pública.

Esta dinámica en el CAPS se identifica, por un lado, con las instituciones y organizaciones que se encuentran presentes en el territorio (los barrios que comprende la zona programática del CAPS Las Playas). Por otro lado, con las demás áreas e instituciones del ámbito estatal y del sistema de salud, que se encuentran en la ciudad.

Teniendo en cuenta que la APS, como se dijo anteriormente, desarrolla acciones de diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención, se puede diferenciar a los vínculos intersectoriales implementados desde el CAPS, en relación a estas funciones.

En lo que respecta a la promoción de los derechos sexuales y la prevención (por ejemplo de embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual), el CAPS Las Playas articula con las instituciones y organizaciones ubicadas en el territorio. Las entrevistadas identifican estas actividades principalmente mediante talleres en las instituciones educativas. Estas son los dos Centros de Promoción Familiar, siendo jardines maternos municipales, para niños/as de 45 días de edad a tres años inclusive –el CPF Bichito de Luz del barrio Las Playas y el CPF Roxana Güizzo, ubicado en el barrio Evita–, el jardín de infantes y las escuelas provinciales públicas, tanto de nivel primario, Escuela Primaria Arturo M. Bas, como nivel secundario, el IPEM N° 99 Rosario Vera Peñaloza.

“Con las escuelas estamos haciendo hincapié, bueno, en la ESI, con perspectiva de género más que nada. Porque vos viste, a los pibes hay que educarlos ya desde el cero, desde adentro, desde abajo. Así que, la escuela es fundamental en esto, que nos den participación, no solamente como agentes de salud, sino también a mí, entendes, como persona trans es buenísimo que me deje entrar en un colegio, poder dar de una charla” (Agente sanitaria).

Este trabajo intersectorial corresponde a la modalidad del CAPS en las distintas áreas que aborda sobre la salud integral, siendo los derechos sexuales una de ellas. *“Lo que pasa es que nunca es particularmente con la salud sexual, pero sí que tenemos una red de instituciones del barrio, y hemos organizado bastante eventos”* (Trabajadora social).

Con respecto a la articulación con instituciones del ámbito de la salud, se destacan: las distintas áreas de Asistencia Pública (principalmente laboratorio, ecografía, farmacia, especialidades como ginecología, consultorios como el de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Consultorio Inclusivo para personas LGBTIQ+), otros Centros de Atención Primaria de la Salud, especialmente los que se encuentran más cercanos al CAPS en referencia, y el Hospital Regional Pasteur, siendo éste un establecimiento de salud público, de dependencia provincial, que comprende segundo y tercer nivel de atención.

También trabajan con otras áreas municipales, abocadas a temáticas vinculadas con la salud, entre las que se pueden nombrar: Coordinación de género y diversidad, Área local de Protección de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Equipos móviles interdisciplinarios, siendo estos últimos equipos que abordan necesidades vinculadas a la escolaridad, en conjunto con las escuelas. Este último equipo (Equipo móvil) fue referenciado en una de las entrevistas como parte del trabajo en conjunto con el CAPS: *“Estaban haciendo las chicas de educación consejerías ahí en el Vera, y sí que tenemos conexión con ellas. Nos van derivando los casos y demás”* (Trabajadora social). Por “Vera” se refiere a la Escuela de nivel secundario Vera Peñaloza ubicado en el barrio Las Playas.

2.4. Participación comunitaria

La participación comunitaria representa un desafío para los centros de salud que pretenden llevar a cabo la APS. En los estudios académicos anteriores que fueron tomados en consideración por esta investigación (Chaloum y Varas 2016; Stolkiner et al., 2011; Rovere, 2012), se presenta la participación social o comunitaria como uno de los principales aspectos con mayores dificultades para llevarse a cabo, *“es el aspecto más débil de la APS y la que presenta mayores desafíos”* (Chaloum y Varas, 2016, p. 14). En consonancia, es uno de los elementos de la APS que en menor medida es desarrollado por parte del CAPS, a comparación de los aspectos anteriores.

El centro de salud participa de reuniones y actividades con otras instituciones estatales y organizaciones de la sociedad civil, como por ejemplo de estos últimos, con los comedores comunitarios que se encuentran en el barrio Las Playas, correspondiendo esto más bien a la intersectorialidad. El vínculo con los/as usuarios, es decir, con la población destinataria, según los datos obtenidos, remite a un vínculo donde el CAPS ofrece servicios y responde a las demandas de los/as usuarios como beneficiarios. No se convoca a éstos/as últimos/as en tareas de planificación ni tampoco de ejecución de proyectos o acciones comunitarias, de modo que no se llevan a cabo, al momento de la investigación, acciones para una participación activa de la población en la toma de decisiones sobre los abordajes y proyectos en lo que respecta a la salud, y más aún, en los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Hasta aquí se desarrollan los aspectos que pretendieron responder al segundo objetivo específico: Identificar qué acciones específicas de APS lleva a cabo el equipo de trabajo del CAPS,

en términos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción en torno a los derechos sexuales.

Las nociones abordadas presentan una visión de la modalidad del CAPS desde el enfoque de la APS en la temática específica de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos. Podemos resaltar que el abordaje del CAPS en este campo es realizado desde un sentido territorial, teniendo en cuenta los distintos aspectos sociales y comunitarios de la población, pretendiendo llevar a cabo la mirada de salud integral. Siendo esta la visión compartida por el equipo del CAPS, en términos reales, las acciones que se realizan incluyen la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, tomando valor principalmente las funciones de promoción y prevención para posicionarse desde la APS, y diferenciarse de otros modelos de salud que responden únicamente a la demanda desde una mirada centrada en la enfermedad.

Estas acciones de prevención y promoción son realizadas de manera individual o grupal, en cuanto a las acciones individuales responden a la lógica de las consejerías, y suceden por lo general en el CAPS o en las atenciones domiciliarias. Las instancias grupales fundamentalmente tienen la dinámica de talleres, siendo por lo general, encuentros donde se comparte información, promoviendo la participación de los/as participantes. Se realizan en diferentes escenarios: el mismo CAPS (en los consultorios y sala de espera) y en el espacio físico de otras instituciones estatales presentes en el territorio como escuelas primarias y secundarias y jardines maternos CPF (Centro de Promoción Familiar), entre otras, a través de la modalidad de trabajo intersectorial. En conclusión, luego de analizar las entrevistas realizadas, se observa que los contenidos principales en el caso de los talleres comunitarios son: los distintos métodos anticonceptivos, los circuitos de salud, los controles ginecológicos y los cuidados de embarazo.

3. Formación y capacitaciones

El presente apartado pretende responder al tercer objetivo específico del presente TFG: Determinar cuál es la formación específica y actualizaciones del equipo de trabajo del CAPS en materia de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos (DSRyNR). Además de lo que respecta a estos derechos, se incluyen las capacitaciones reconocidas por las integrantes en relación a la APS y el ámbito específico de la salud, ya que las concepciones sobre la salud también inciden en el modo de abordar los DSRyNR.

Siguiendo los aportes de estudios anteriores acerca del abordaje y la atención de los DSRyNR en el ámbito de la salud pública, se considera que la formación específica en esta temática, las capacitaciones y actualizaciones en perspectiva de género resultan fundamentales para ofrecer atenciones de calidad y consejerías en derechos, con información fehaciente. Las capacitaciones a los/as agentes de salud posibilitan poner en tensión sus “concepciones, actitudes y conocimientos [que] obstaculizan la efectiva aplicación de la ley” (Cappuccio, Nirenberg y Pailles, 2005 p. 69). La presencia de concepciones morales y prejuicios repercuten en el acceso a los derechos reconocidos en los marcos normativos.

Teniendo en cuenta que el derecho a la información está incluido dentro de los derechos sexuales y que, sin información accesible, se presentan mayores obstáculos para ejercer dichos

derechos, es necesario que esta información sea “oportuna, accesible, adecuada y actualizada científicamente” (DNSSR, 2023, p. 20). En este sentido, es crucial que los/as integrantes de los equipos de salud cuenten con las herramientas y conocimientos necesarios. En el estudio realizado, este punto es fundamental, ya que en el caso del CAPS Las Playas, las consejerías en salud y derechos son brindadas por distintos integrantes del equipo, tanto personal profesional como agentes sanitarios y administrativos, quienes tienen diversas trayectorias laborales y/o profesionales.

Durante el período de tiempo en que se realizó la investigación, se demostró la diversidad en los conocimientos, formaciones y enfoques entre los/as integrantes del equipo del CAPS. Además, los cambios que sucedieron en dicho período en el personal afectan la posibilidad de consolidar procesos de aprendizaje colectivo dentro del equipo. Algunas profesionales entrevistadas dieron cuenta de los conocimientos adquiridos en materia de salud sexual por sus trayectorias de formación personal y estudios de grado, pero estos conocimientos específicos no son homogéneos en todo el equipo. Una médica señaló: *“Fui ayudante de cátedra de Salud sexual y reproductiva, allá, en la facultad sí, en varios proyectos de lo que es salud sexual”*. Sin embargo, otra médica sugirió que el equipo necesita más formación en esta área: *“Es muy acotada. Generalmente uno lo va haciendo cuando va leyendo. [...] Viste que vos cuando más conocimiento tenés, más herramientas para trabajar tenes. Y por ahí, si no las tenés actualizadas [...] Yo considero que deberíamos tener un poco más, y quizás a todo el equipo, porque no está solamente el médico, la obstetra... No, el psicólogo también puede hacer consejería, quien está en farmacia también lo puede hacer. No dejar que se vayan con dudas”* (Médica clínica).

En términos generales, no se han dispuesto capacitaciones recientes de manera institucional sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. La trabajadora social del equipo expresó: *“Yo desde que trabajo acá no hemos tenido ninguna. Solamente tuve una de... para hacer los testeos, los testeos rápidos solo tuvimos una de esas. Yo no he tenido otras, así, capacitaciones particularmente institucionales. Sí lo estudié en la facultad y estuve en el programa de consejería en Córdoba”*.

Algunas integrantes han realizado capacitaciones en esta temática por iniciativa propia, al reconocer la necesidad de formarse para brindar atenciones de calidad. *“Hicimos una capacitación, viste que hay una página del gobierno que es como, autogestiva. Y había una de anticonceptivo adolescente. [...] Tuvimos un momento que teníamos un lío con la entrega de las pastillas, entonces acomodamos las carpetas, hicimos seguimiento. Ahí las chicas, que son re comprometidas, dijeron bueno, hagamos algo. Y encontramos esa capacitación”* (Trabajadora social).

De manera institucional, la Secretaría de Salud de la MVM, de la cual depende el CAPS, brindó capacitaciones a su personal sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), abordando procedimientos, el marco normativo y las consejerías en este tema. Esta capacitación respondió a la decisión de descentralizar el acceso al aborto en los CAPS, como un hecho novedoso para estos equipos, como mencionaron las entrevistadas. En palabras de las agentes del CAPS: *“Dentro de la Secretaría de acá de Villa María hicieron una capacitación con el equipo que está encargado del IVE”* (Administrativa de farmacia). *“Hubo una capacitación de IVE. Bueno, yo no fui, pero las chicas fueron, y la idea es que cada centro de salud haga la primera entrevista. [...] Estamos intentando poner eso*

en funcionamiento. Para descomprimir un poco allá, digamos, el dispositivo que no son muchas compañeras que trabajan” (Trabajadora social).

El equipo también mencionó una capacitación sobre implementación de testeos para Infecciones de Transmisión Sexual, aunque los contenidos fueron más bien prácticos. *“Fue para enfermería en lo que es, para hacer la extracción del test rápido. [...] fue la cuestión, solamente la práctica y como es el llenado de papeles bien porque esto un tema, tiene todo, su proceso”* (Enfermera)

No obstante, las integrantes del CAPS entrevistadas coinciden en señalar las limitaciones que tienen en general las capacitaciones institucionales, ya que no suelen estar dirigidas a todo el equipo. *“Quizás, cuando lo hay, es una invitación a cierto personal, por ejemplo, a los que estamos más en contacto, o que vayan dos y nada más”* (Médica). Otra profesional afirmó: *“Ya hace bastante que no nos hacen capacitaciones como más bajadas, del Ministerio [...] Uno se capacita por sí mismo. [...] Tenemos recursos que podemos utilizar, material que podemos utilizar, pero no capacitamos a la gente. Y muchas de las capacitaciones, por ahí, que se presentan no están destinadas a quien lo debe realizar. Eso considero que está mal”* (Obstetra).

Por otro lado, aunque el espacio de reuniones programadas semanalmente del equipo, denominado “horario protegido”, podría ser un espacio potencial para favorecer aprendizajes colectivos y problematizar los hábitos institucionales que pudieran obstaculizar el acceso a los derechos sexuales, en la práctica, estas reuniones se utilizan principalmente para cuestiones operativas, la planificación de actividades y la socialización de situaciones complejas. Además, el equipo no cuenta con un espacio de supervisión, lo que genera cierta autonomía relativa en cada agente de salud en sus procedimientos de trabajo y enfoques. Esta autonomía relativa “en mayor o menor medida, coloca a los profesionales de base que trabajan en el seno de las políticas sociales en situación de elegir” (Aquín, 2009, citada por Crosetto y Johnson, 2016, p. 28).

Este hecho favorece en el equipo de trabajo la coexistencia de distintas perspectivas, y las representaciones, valores y creencias de los profesionales y trabajadores del CAPS que inciden en las prácticas de abordaje. Como lo explican Bosio y Crosetto (2016):

La autonomía en el desempeño profesional, en tanto toma de decisiones en el marco del consultorio y en la tarea cotidiana, da cuenta de esas heterogeneidades de argumentos y percepciones que se expresan en las prácticas y modos de abordaje en referencia a la sexualidad. Los espacios colectivos de construcción de la agenda de salud sexual y reproductiva no son prácticas habituales desde la política pública, por lo que la articulación y la disputa, muchas veces, corren por cuenta de los conocimientos, posiciones y acuerdos que se construyen entre agentes. (p 19)

En cuanto a los conocimientos de las entrevistadas sobre normativas, la mayoría mencionó principalmente la Ley Micaela (Ley Nacional N° 27.499) de Capacitación Obligatoria en Género, a la cual asistieron las/os integrantes del CAPS a la aplicación en el ámbito local de dicha ley. Esta capacitación está orientada a información en perspectiva de género, y fue valorada positivamente, sobre todo por personal administrativo, agentes sanitarias y enfermeras. *“Es bastante completo, para estar acá, obvio. Pero sí, demasiado para abordar casos. Más que todo nosotros siempre captando, y*

dando sugerencias. Después para eso están los profesionales. Porque por ahí vemos desde otro lado también y nos ponemos del lado del paciente, por ahí también” (Administrativa).

Sin embargo, no mencionaron otras leyes vigentes relacionadas con los derechos sexuales. Algunas entrevistas reconocieron desconocer la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, mientras que otras afirman conocerla pero sin profundizar en su contenido. Respecto a los programas o políticas públicas con las cuales trabajan, el desconocimiento también fue compartido por la mayoría, aunque sí reconocieron el programa Remediar (política pública nacional que brinda acceso y cobertura de medicamentos a través de su distribución directa a los centros de salud), a través de la cual los/as agentes de salud del CAPS también realizan capacitaciones, vinculada a la entrega de medicación.

Por otro lado, en relación a los enfoques y concepciones de la salud, Stolkiner et al. (2011) destacan la importancia de las capacitaciones en salud integral para la incorporación de la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS) en los equipos de salud. Según estas autoras, el paradigma biomédico, o como ellas denominan: “la cultura hospitalocéntrica, centrada en la atención de la enfermedad, ha determinado la formación de los recursos humanos” (p. 2812). En este sentido, recuperan experiencias de capacitaciones que aportan otra mirada, más orientada a la APS, como el “Programa Médicos Comunitarios”, creado en el año 2004 por el Ministerio de Salud de la Nación. Este programa otorgó becas a profesionales de diversas disciplinas (aunque su denominación hace referencia exclusivamente a médicos) y facilitó su capacitación e incorporación a Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de todo el país, incluso en la ciudad de Villa María. El programa fue valorado positivamente por una integrante del CAPS Las Playas, en particular por una agente sanitaria, quien destacó que, además de los conocimientos en salud integral, esta formación le permitió formarse en su rol asignado. En sus palabras: *“Fueron dos años, que fue en la Facultad de Medicina en Córdoba. [...] fue un convenio que tenía Cristina Kirchner, en el gobierno de ella, tenía como un acuerdo se llamaba el Programa Médicos Comunitarios. Entonces la gente podía entrar a trabajar y mientras podía ir capacitándose. Y eso justamente fue lo que me tocó a mí en el último periodo de... bueno del gobierno de Cristina, pude yo acceder”.*

En síntesis, en cuanto a la formación específica y actualizaciones del equipo de trabajo del CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud) en materia de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos (DSRyNR), se considera que las capacitaciones formales e institucionales son limitadas y no están disponibles para todo el equipo de manera sistemática. Algunas integrantes del equipo han adquirido conocimientos a través de su formación académica y capacitaciones de iniciativa personal, como cursos autogestionados, aunque algunas experiencias reconocen capacitaciones locales en temas específicos como la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o la aplicación local de la Ley Micaela. Sin embargo, estas formaciones son ocasiones, y no son homogéneas dentro del equipo, ya que las mismas no alcanzan a todo el personal, lo que limita su efectividad. Además, las capacitaciones disponibles de manera institucional -durante el tiempo que se realizó la investigación- tendieron a centrarse más en aspectos prácticos, como procedimientos médicos o pruebas rápidas, en lugar de abordar la temática de los derechos sexuales y reproductivos de manera integral. Esta diversidad de enfoques que está presente al interior de CAPS por la

heterogeneidad de conocimientos adquiridos, a la vez, puede generar diferencias en la calidad de la atención brindada, incidiendo en el acceso de los derechos sexuales.

4. Discursos

El apartado anterior desarrolló las formaciones y capacitaciones del equipo del CAPS en materia de los derechos sexuales, lo cual incide, junto a otros aspectos, en las prácticas sociales que llevan a cabo. Además de los conocimientos, inciden en el accionar de los/as agentes de salud los aspectos subjetivos, las concepciones, motivaciones, trayectorias y saberes del sentido común. Siguiendo a Bosio y Crosetto (2016), los actos e intervenciones de las/os agentes de salud no son neutrales, naturales, mecánicos, ni ahistóricos, sino que están mediados por sus propias representaciones: “creencias, valores, percepciones, sentipensares frente a los problemas de sujetos que demandan su resolución” (p. 16). Todos estos aspectos entran en juego en los modos de vincularse entre los/as integrantes del CAPS y con los sujetos, en el abordaje de los derechos sexuales.

En consecuencia, para explorar el enfoque de los Derechos Sexuales Reproductivos y No Reproductivos (DSRyNR) en el CAPS Las Playas, se considerará la dimensión simbólica, con especial atención a los discursos y narrativas de los agentes de salud. Este análisis permitirá indagar en sus concepciones sobre la salud, la presencia (o ausencia) de una perspectiva de derechos y de género, así como en las representaciones que poseen sobre la sexualidad y el género, entre otros aspectos. De acuerdo con Stolkiner, las prácticas sociales no pueden ser investigadas únicamente por lo observable de la conducta, sino también por “los discursos, las narrativas, las representaciones, los conocimientos, los discursos científicos que la atraviesan y la configuran” (Humanas UNVM, 2021, 13m56s).

En este sentido, el presente apartado tiene como preguntas orientadoras: ¿Qué perspectivas están presentes en las prácticas sociales del equipo del CAPS en torno a los derechos sexuales? ¿Cómo convergen los paradigmas de salud biomédica hegemónica con el paradigma psicosocial? ¿Cómo es entendido el sujeto usuario/a en el CAPS, es entendido como un sujeto de derechos? ¿Está presente la perspectiva de género?

A continuación, se procederá a abordar estas preguntas orientadoras que guían esta investigación, buscando responder al cuarto objetivo específico del presente TFG, el cual es: Analizar cómo es el lenguaje verbal y corporal, conductas, discursos y conocimiento del equipo de trabajo del CAPS al vincularse con la población que asiste al mismo.

4.1. Lenguaje empleado por las integrantes del CAPS

Para comenzar, se realiza en este punto un primer acercamiento al lenguaje empleado por las integrantes del CAPS Las Playas en las entrevistas y observaciones realizadas durante el proceso de investigación, lo cual permiten aproximarnos a sus marcos conceptuales, representaciones y perspectivas presentes. Si bien el objetivo específico abarca el lenguaje verbal y corporal, solamente se analiza el lenguaje verbal, ya que los datos obtenidos en las observaciones que se llevaron a cabo no resultaron suficientes para poder desarrollar la dimensión de “lenguaje corporal”.

Las integrantes del equipo entrevistadas utilizan el término “*paciente*” para referirse a los/as usuarios/as. Esta expresión está presente de manera generalizada en el equipo del CAPS, respondiendo un habitus institucional del campo de la salud. Estos términos no son casuales ni neutrales, sino que responden a marcos conceptuales y perspectivas. Como afirman Crosetto y Johnson (2016) “la forma de nombrar a los sujetos acarrea concepciones ideológicas, teóricas, y según como se concibe al otro se interviene, lo que se traduce en la dimensión ética-política de las prácticas profesionales” (p. 30). Estas autoras afirman que la noción de “pacientes” corresponde con el modelo biomédico hegemónico con el cual se constituyó el campo de la salud, lo cual repercute en el vínculo entre los/as profesionales de salud y los/as usuarios/as. Entendiendo a los habitus como esquemas de percepción, de evaluación y de acción, generadores y organizadores de nuestras prácticas (Bourdieu, 2002; Gutiérrez, 2005), por su parte, los habitus institucionales son internalizados y compartidos por los/as miembros de una institución, atravesados por las relaciones entre los agentes -muchas veces conflictivas-, sus trayectorias sociales e ideológicas, pero también por los procesos socio-históricos y modelos con los cuales se construyen las instituciones (Crosetto y Johnson, 2016; Bosio y Crosetto, 2020).

Estas relaciones entre los agentes que integran las instituciones están atravesadas por las luchas de poder, disputas ideológicas y prácticas/operacionales. En este sentido, se pudo observar que es frecuente por parte del equipo referirse a los sujetos como “*pacientes*”, término que da cuenta de una relación asimétrica con el personal de salud. Otra manera con la cual se suelen referir es el término “*persona*”, que recupera al dirigirse de esa manera su capacidad de tomar decisiones en relación a la salud. No obstante, el término “*usuario/a*”, propio de muchas producciones académicas vinculadas a la salud, estuvo ausente en los discursos de las integrantes del CAPS.

Otra expresión que resulta interesante es el hecho de dirigirse a las mujeres con la palabra “*mamá*” o “*madre*”, sobre todo por parte de las administrativas del CAPS, reproduciendo los estereotipos de género que vinculan a la construcción del ser-mujer con la maternidad obligatoria.

Otras nociones propias del campo de la salud, y reproducidas por las integrantes del CAPS son las ideas de “seguimiento” y “captación”, también muy compartidas por el equipo. Estos términos hacen referencias a las acciones de promoción y búsqueda activa hacia las personas para fomentar la adherencia a las atenciones de salud, y remiten a la responsabilidad de los/as integrantes del CAPS en tanto agentes estatales sobre las situaciones vinculadas a problemáticas sociales o enfermedades en la población. En palabras de la enfermera: “*Todo es con seguimiento*”, “*es el seguimiento de ir a la casa, insistir, conversar*”.

4.2. Perspectivas presentes en las prácticas sociales del equipo

Los términos mencionados en el punto anterior, en cuanto al modo de vincularse con los sujetos, reflejan las concepciones que tienen las/os integrantes del equipo de salud. En los términos “*madre*” o “*mamá*” cuando se dirigen a una mujer, subyacen nociones vinculadas a los mandatos y estereotipos de género, donde la sexualidad está ligada a la reproducción y la heterosexualidad. En el caso específico de las mujeres, la maternidad obligatoria continúa presente como una construcción de género, en tanto produce opresiones e inequidades sociales y sostiene la división sexual del trabajo

(Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004; Federici, 2011; Mattio, 2012). Como afirmó Hermida (2021) la heterosexualidad no es sólo como una orientación sexual, sino un régimen político, un dispositivo de subjetivación y disciplinamiento, donde los mandatos de la sexualidad aparentan una ficción natural, cuando es en realidad histórica.

No obstante, a pesar de estar presente la **perspectiva patriarcal** en los aspectos mencionados, también aparecen nociones vinculadas a la **perspectiva de género**, siendo que ésta permite visibilizar y problematizar la simbolización cultural de las diferencias entre varones y mujeres, sus relaciones con respecto a la sexualidad y reproducción, así como las relaciones desiguales y de poder existentes en nuestra sociedad (Pérez Duarte y Noroña, 2002). En los discursos de algunas integrantes del CAPS se visibilizan las desigualdades sociales y de género.

La trabajadora social expresaba en la entrevista realizada *“lo veo en esto también de la desigualdad de género”* al referirse a la desigualdad de acceso, ingreso y permanencia al centro de salud entre hombres y mujeres, siendo éstas quienes se encargan mayoritariamente de los cuidados de la sexualidad, para evitar embarazos no deseados-planificados e infecciones de transmisión sexual. Por otro lado, como se mencionó anteriormente, una integrante del equipo visibilizó a la presunción de la heterosexualidad normatividad como un obstáculo a la hora de brindar información, afectando la posibilidad de generar un vínculo de confianza con el/la usuario/a. *“El no dar por sentado la sexualidad de la gente porque se pierde mucha información, la gente se siente inhibida, y ya no quieren hablar o no se animan a preguntar”* (Médica). De modo que, tanto la reproducción de la visión patriarcal como la perspectiva de género convergen en disputa en los discursos y prácticas del equipo del CAPS.

En relación con la **perspectiva de derechos**, el reconocimiento explícito de los mismos se refleja en el discurso de los/as integrantes del equipo, especialmente en lo que respecta a ciertos derechos sexuales, como el derecho a recibir información y el derecho al aborto. Un ejemplo de esto es lo expresado por la obstetra: *“les contamos sobre la interrupción voluntaria del embarazo, que también es un derecho [...] yo lo primero que les digo, acá nadie va a jugar a nadie. Esto no es ni a favor o en contra, es deber como nosotros, como profesional, y un derecho del paciente acceder esta información, por eso te lo consulto”*. Esta afirmación subraya la importancia de brindar información adecuada y el reconocimiento del derecho de las personas a tomar decisiones informadas sobre su salud, en este caso, sobre salud sexual y reproductiva. Es relevante que la noción de derechos expresada de manera explícita se asocie en particular con el derecho al aborto. Este vínculo podría explicarse por el hecho de que el aborto es un tema que en los últimos años ha sido altamente politizado y recientemente incorporado como derecho a través de la Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), lo que ha generado un amplio debate en la sociedad, y también en el campo de la salud pública.

El derecho a la información es reconocido como un valor para el equipo del CAPS, y más específicamente, la accesibilidad en la información, siendo importante para sus integrantes el modo de dirigirse a los sujetos, posibilitando el vínculo y la cercanía que mantiene el CAPS con la población. *“El hablar con el paciente, que el paciente pueda tener confianza con uno y se sienta cómodo en hablarlo [...] Y hablarlo desde una forma de que el paciente te pueda entender”*

(Enfermera); *“Saber tus derechos es importante”* (Administrativa de farmacia). Otro sentido del reconocimiento de derechos por parte del equipo del CAPS se vincula con el respeto a la confidencialidad y privacidad de los/as usuarios/as: *“saben que acá es confidencial y que es algo que no va a salir de nosotras”* (Administrativa). Estas cuestiones están en concordancia con los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud reconocidos por la Ley Nacional N° 26.529.

Sin embargo, la perspectiva de derechos entra en tensión con un **enfoque de control social**, lo que representa un obstáculo para el acceso a los derechos sexuales y para la salud integral, en tanto no se respeta la autonomía y no se promueve la capacidad de decisión de las personas, sino que se ejerce una relación de poder sobre los sujetos. En otras palabras, “la mirada paternalista de quién sabe sobre quién no sabe, quién resuelve situaciones y dispone de recursos según sus propios criterios, ubica a los usuarios como sujetos de protección y cuidados” (Bossio y Crosetto, 2020, p. 18). Desde este enfoque, el abordaje de la salud sexual y reproductiva centra su atención en la procreación, en la prevención de riesgos, como las enfermedades y embarazos no deseados, desde un **paradigma biologicista hegemónico** que se enfoca en los riesgos, y se aleja así de la vinculación de la sexualidad con el placer.

Es por ello, que ciertas prácticas o retóricas que simulan una promoción de los cuidados de la salud, en realidad, tienen un trasfondo de control. Esto se encontró en ciertas frases de algunas entrevistas, como: *“vemos esto, y encaminamos a esta chica”* (administrativa/agente sanitaria). Una profesional del CAPS, en relación al abordaje de infecciones de transmisión sexual, expresó: *“El tratamiento tiene que ser completo. Y ahí va la otra implicación de por qué no me sirve a mí, hacer sólo a medias, las cosas”*. En este fragmento, la profesional se refería a situaciones cuando la/s pareja/s sexual/es de la persona que presenta un diagnóstico de ITS no realiza el tratamiento correspondiente. El modo de enunciación de la frase da cuenta de una lógica de control en lugar de promoción de la salud, al hablar en imperativo y primera persona gramatical de la necesidad del lado profesional de un modo específico de abordaje, en lugar de hablar de la necesidad de la persona usuaria. En un sentido similar, una integrante del personal administrativo, al referirse a la modalidad de entrega de anticonceptivos, afirmó: *“Entonces no, nos servía [...] a lo mejor vienen y nos dicen la compramos, pero nosotras no nos queda una constancia de que ese mes ella la compró y la tomó”*. En estas situaciones mencionadas, se encuentra presente la perspectiva biomédica hegemónica, al tratarse de un modo de atención individual centrado en la enfermedad y su medicalización, que se detiene en los aspectos biológicos, sin contemplar los aspectos psicosociales (Crosetto y Johnson, 2016, Chaloum y Varas 2016; Stolkiner et al., 2011).

No obstante, la **perspectiva de la salud integral** se encuentra también presente en las prácticas sociales del CAPS Las Playas, quizás en tensión con la mirada biologicista hegemónica. En las entrevistas realizadas, la integralidad de las atenciones fue valorada por la mayoría de las integrantes.

Las características de este centro de salud, en los aspectos desarrollados en el apartado de Atención de la Salud, tales como la cercanía territorial con la población y el trabajo intersectorial, posibilita un conocimiento situado de los/as profesionales sobre las realidad de los/as usuarios/as. En

las observaciones realizadas durante el período de obtención de datos se pudo ver que el modo de vincularse por parte de los/as agentes de salud es ameno y amable, desde la escucha activa, entablando conversaciones con las personas que se acercaban.

En el abordaje de los DSRyNR, algunas integrantes del equipo expresaron tener en cuenta el contexto social, familiar y comunitario de las personas. Por ejemplo, en una reunión de equipo, hicieron referencia a la situaciones de algunas mujeres migrantes, que asisten al CAPS solicitando métodos anticonceptivos de la siguiente manera: *“a escondidas de sus maridos, vienen a colocarse los inyectables, nos dicen que pastillas no pueden tomar para que su marido no sepa. Los hombres no quieren que ellas se cuiden”* (Observación 14/05/2024). En esta situación donde se evidencia la relación de desigualdad y opresión de las mujeres con respecto a sus parejas masculinas, en términos de violencia machista, el equipo de salud realiza las acciones -desde la perspectiva de derechos-, que si bien no revierte esta relación desigual, posibilita que ellas puedan acceder a sus derechos: *“entran corriendo y dicen: rápido que mi marido está afuera, o cuando traen a los hijos a la escuela, y ahí las atendemos”*.

Por todos estos aspectos desarrollados, se puede decir que no hay una única perspectiva en el abordaje de los DSRyNR en estudio de caso, al igual que no hay una única manera de comprender y dirigirse a los sujetos. Las prácticas del equipo de salud del CAPS Las Playas están atravesadas por una compleja interacción entre paradigmas biomédicos y psicosociales, así como por diversas concepciones de los derechos sexuales, de género y de salud. Retomando los aportes de Bossio y Crosetto (2020), estos distintos enfoques que convergen entre la perspectiva de derechos y de género por un lado, y por otro, una mirada de control social, integran el campo de la salud en general, y de la salud pública en particular. Campo de la salud pública que tuvo su construcción socio-histórica en Argentina desde el modelo biomédico hegemónico y en donde el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos implica un proceso dinámico y conflictivo, objeto de disputas de sentidos y negociación (Bossio y Crosetto, 2020).

Reflexiones finales

El presente TFG buscó conocer cómo desarrollan las prácticas sociales en el abordaje en torno a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos el equipo de trabajo del Centro de Atención Primaria de Salud “Carlos Manuel Vijande” del barrio Las Playas de la ciudad de Villa María, durante el año 2023-2024. Para ello, se tuvo en cuenta los procedimientos y modalidades de trabajo, las acciones específicas de APS, la formación específica del equipo en materia de DSRyNR, y el lenguaje empleado, los discursos y perspectivas que subyacen en los modos de vincularse con los sujetos.

Se trató de una investigación de carácter cualitativa-descriptiva, realizando un trabajo de campo con el fin de recuperar la realidad a través de las vivencias y prácticas sociales del equipo de trabajo del Centro de Salud perteneciente al Barrio Las Playas de la ciudad de Villa María. Para ello, se realizaron ocho entrevistas dirigidas a integrantes del equipo y dos observaciones.

Las entrevistas se dirigieron a personal administrativo, agentes sanitarias, y profesionales de Trabajo Social, Enfermería, Medicina, Obstetricia y Medicina Clínica, que intervienen en el abordaje de los derechos sexuales. La selección de dichas integrantes respondió al criterio de pertinencia en sus funciones para el abordaje de la temática. Aunque no fue de manera intencional, resultaron todas las personas entrevistadas ser mujeres e identidades feminizadas. El hecho de que la mayoría de los/as integrantes del CAPS sean identidades feminizadas puede constituir una posible línea de investigación futura, al abordar la feminización de las tareas de cuidado, lo cual deviene, en una feminización de los servicios de cuidados de la salud. No obstante, esto excede los objetivos de la presente investigación.

Las observaciones, por su parte, se llevaron a cabo en dos ocasiones, en los meses de diciembre de 2023 y mayo de 2024, en el ámbito de la mesa de entrada, sala de espera y durante una reunión de equipo.

Cabe considerar que el período en que se llevó a cabo la recolección de datos estuvo atravesado por el proceso de cambio de gestión municipal, sobre todo en el mes de diciembre de 2023, siendo un aspecto considerable a tener en cuenta al realizar el análisis de la información. En este sentido, además de encontrar en los discursos de las agentes de salud lo fluctuante en la modalidad de trabajo y los recursos que se disponen para el acceso a los derechos, también se pudo observar cambios en los/as integrantes del equipo de trabajo.

Se considera que los objetivos planteados en el proyecto de investigación, tanto el objetivo general como los objetivos específicos fueron alcanzados satisfactoriamente.

En lo que respecta a la temática de investigación propiamente dicha, en el caso estudiado se pone de manifiesto el proceso dinámico y conflictivo que implica el abordaje de los derechos sexuales, donde coexisten prácticas sociales que facilitan y garantizan sus derechos y otras que lo obstaculizan. Prácticas que responden en algunos casos a mecanismos y habitus institucionales, y en otros casos, prácticas que los problematizan e innovan. Prácticas sociales de los/as integrantes del CAPS que están atravesadas por distintos procesos, como se mencionó, cambios institucionales y de gestión pública, la disposición y/o falta de recursos, ya sean materiales, humanos o simbólicos, y las condiciones laborales que de alguna manera terminan repercutiendo en los servicios que brinda un

establecimiento de salud pública. Pero también, y no es menor, que inciden en el abordaje de los derechos sexuales los aspectos de las trayectorias personales y profesionales del equipo de salud, atravesado por sus concepciones, creencias, saberes y motivaciones.

De esta manera, se logró exponer un aspecto central del presente TFG, el cual pretendió contemplar de manera transversal en los distintos aspectos de la investigación, la complejidad en el acceso a los derechos, representando un campo de tensión entre distintos obstáculos y facilitadores de acceso, en donde interviene el Trabajo Social en una trama institucional e interdisciplinaria.

Siguiendo los aportes de Brown (2008) se entiende por derechos sexuales reproductivos y no reproductivos aquellos que están compuestos por los derechos ligados a la reproducción (seguridad en el embarazo, parto, puerperio pero también acceso a tratamientos de fertilización asistida), a la elección de gestar y maternar/paternar, incluyendo la anticoncepción y el aborto, y, por último, al ejercicio libre de las sexualidades, sin discriminación, coerción o violencia.

Se trata de un conjunto de derechos institucionalizados y reconocidos en numerosas leyes nacionales y tratados internacionales a los cuales se suscribió Argentina. No obstante, es importante reconocer que son producto de procesos históricos, los cuales implicaron e implican luchas de poder, demandas sociales por parte de los movimientos de mujeres, feminismos y de las diversidades sexuales. Por tanto, los derechos adquiridos están atravesados por procesos sociopolíticos y normativos que los van determinando y reconstruyendo (Bosio y Crosetto, 2020).

En este sentido, es relevante el estudio de los factores que median las normativas y políticas sociales con los servicios brindados y las acciones de los/as agentes de salud. Es decir, con el modo de aplicar estos programas en las realidades cotidianas y locales.

Siguiendo el concepto de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, se puede decir que el abordaje de estos derechos en el CAPS Las Playas, en el periodo en que se llevó a cabo la investigación, se prioriza lo que respecta al cuidado del embarazo y a la anticoncepción. La atención en cuanto a Interrupción Voluntaria del Embarazo se brinda parcialmente, escuchando la demanda, brindando la información y contención, pero no se realiza en el CAPS la atención médica que posibilita el acceso al tratamiento medicamentoso para la interrupción, aunque si se gestiona los turnos médicos en la Asistencia Pública, habiendo una distancia geográfica considerable entre dicha institución y el barrio Las Playas.

Como se mencionó en el tercer capítulo, las prácticas del equipo del CAPS, por lo general, en materia de "salud sexual" o derechos sexuales están orientadas principalmente a las mujeres cis en edad de reproducción (adolescentes, jóvenes y adultas). Como señala Brown (2008), las políticas públicas siguen colocando el acento en la reproducción, y las "mujeres en tanto madres" (adultas, heterosexuales, preferentemente con parejas, en edad de procrear) son consideradas como el sujeto principal de estas políticas.

En lo que respecta a la Atención Primaria de la Salud, el equipo del CAPS lleva a cabo acciones individuales y comunitarias en la temática de la salud sexual. Un aspecto favorable de este enfoque en el abordaje del CAPS es la posibilidad de la cercanía y proximidad entre los equipos de salud y la población destinataria de sus servicios, en las funciones de educación, promoción, prevención y asistencia. Además, el abordaje territorial del CAPS permite fortalecer las acciones de

promoción, en función de los vínculos intersectoriales e interinstitucionales, siendo valorado por el equipo los talleres brindados principalmente en las instituciones educativas con el fin de difundir estos derechos. No obstante, uno de los principales desafíos de llevar a cabo la APS en el estudio de caso es la compleja interacción entre los paradigmas de salud biomédico-hegemónico y psicosocial, la cual no es una tensión propia del CAPS, sino que forma parte de una disputa histórica y estructural de paradigmas dentro del campo de la salud, teniendo en cuenta la constitución del mismo a partir de la hegemonía médica con su paradigma biologista (Crosetto y Johnson, 2016). Desde una reflexión crítica, se considera que las prácticas del equipo del CAPS convergen entre una perspectiva de derechos y una mirada que se acerca más a lógicas tutelares y de control social.

Por esto, se considera fundamental la necesidad de ampliar las instancias de capacitación y formación de los/as agentes de salud ya que en este aspecto se visibilizó la heterogeneidad de conocimientos adquiridos en los/as integrantes del CAPS. Esto, a los fines de problematizar en los/as agentes de salud la matriz heteronormativa en el abordaje de la sexualidad, que la mantiene ligada al mandato de la reproducción y la heterosexualidad.

Aún en los momentos actuales de amenazas y retroceso a los derechos conquistados, es necesario seguir apostando a la disputa de sentidos, en la problematización de los mandatos opresores y lógicas tutelares que frecuentemente están presentes en las instituciones. En este sentido, se considera que la disciplina de Trabajo Social debe continuar aportando reflexiones en la defensa de estos derechos, para su efectivo acceso, desde una perspectiva de género e integral. En palabras de Hermida: “nuestra profesión necesita ubicar en su agenda los esfuerzos por restituir la emergencia de la vida al hilo del deseo” (2021, p. 67).

BIBLIOGRAFÍA

- Ariztía, T. (2017) La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites. *Cinta de moebio*, (59), 221-234. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-554X2017000200221&script=sci_arttext
- Barreto Cortez, E. (2014). *Colonialidad y política social en el Estado de Bienestar*. En Gaviria R. y Orozco M. (Eds.), *Diversidades y decolonialidad del saber en las ciencias sociales y el trabajo social* (pp. 190–204). Pulso & Letra Editores. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/34915/4/GomezEsperanza_2014_Diversidades_Decolonialidad_Saber.pdf
- Borrell, C., García-Calvente, M. M., y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 02-06. <https://www.gacetasanitaria.org/es-la-salud-publica-desde-perspectiva-articulo-13062243>
- Bosio, M. T. y Crosetto, R. (2020). Ciudadanía sexual y atención primaria de la salud. *Conciencia Social, Revista digital de Trabajo Social*, 4(7), 12-28. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30736>
- Brown, J. L. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos Pagu*, (30), 269-300. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>
- Brown, J. L. (2020). Del margen al centro. De la construcción del aborto como un problema social al aborto como un derecho (1983-2018). *Cuestiones de sociología*, 22, 1–18. <https://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar/article/view/CSe095/12120>
- Bourdieu, P. (1991). Estructuras, habitus, prácticas. En Bourdieu, P., *El sentido práctico* (pp. 91-111). Taurus Ediciones.
- Calvo, B. (1989) Historia Popular de Villa María. Tomo II. Historia de Villa María y de sus barrios. Córdoba.
- Cappuccio, M., Nirenberg O. y Pailles J. (2006) El equipo de salud ante la ley nacional de salud sexual y procreación responsable. En Petracci M. y Ramos S. (Comp.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (pp. 67-92). CEDES. <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3955/1/5213.pdf>
- Carballeda, A. (2010). La cuestión social como cuestión nacional, una mirada genealógica. *Palabra: Palabra que obra*, (11), 12–23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3804367>
- Carballeda, A. (2012). La accesibilidad y las políticas de salud. *Revista Sociedad*. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. https://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02_01.pdf

- Carballeda, A. (2023). *La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. 3era ed. Editorial Margen. https://www.margen.org/epub/Intervencion_losocial.pdf
- Chaloum, M. J. y Varas, N. I. (2016) Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs): Una estrategia de salud comunitaria en la zona sanitaria V, San Juan. Universidad Nacional de Villa María. http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=cmsspage&pageid=9&id_notice=28952
- Cattaneo, V. y Suárez, N. (2017). Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673 y Decreto Reglamentario 1282/2003. *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina* (DELS). https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_ro_l_psicologo/material/unidad2/obligatoria/ley_25673_y_decreto.pdf
- Cazzaniga, S. (2001). *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*. [Archivo PDF]. http://www.edumargen.org/docs/curso6/unid04/apunte04_04.pdf
- Ciuffolini, M., Bossio, J., Sanchis, I., Polverini, A., Tuninetti, R., Rodriguez, M., Becco, V., Vega, M., y Jure, H. (2020). Adoptando un modelo de gestión territorial integral para mejorar las prácticas en el primer nivel de atención de la salud: Experiencia en los servicios de salud públicos de la ciudad de Villa María, Córdoba, Argentina. *Archivos de medicina familiar y general*, 17(2), 11–15.
- Crosetto, R. y Johnson, M. C. (2016). El campo de la salud y el Trabajo Social: disputas en torno al reconocimiento de los derechos sociales en la provincia de Córdoba. En La Serna, C. (Ed.), *Estado, política pública y acción colectiva: praxis emergentes y debates necesarios en la construcción de la democracia* (1ª ed., pp. 25-35). Universidad Nacional de Córdoba. <https://blogs.unc.edu.ar/doctoradoaypp/files/e-book-coloquio-iifap-final.pdf>
- Darget, M. S. (2020). Salud sexual, reproductiva y no reproductiva, una cosa de locas. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. (99). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7744700>
- Deza, S. (2021). Abortar finalmente, es un derecho. *Revista Atípica*, (1), 30-33. <https://revistaatipica.mjus.gba.gob.ar/abortar-finalmente-es-un-derecho/>
- Di Liscia, M. H. (2011). Vigencia ininterrumpida de la lucha por los derechos sexuales y reproductivos. En Di Marco G. y Tabbush C. (Comp.). *Feminismos, democratización y democracia radical* (pp. 159-173). UNSAM.
- Fabbri, L. (2019). Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas. En Fundación Soberanía y Sanitaria (Comp.). *Salud feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización* (pp. 101-123). Tinta Limón. https://tintalimon.com.ar/public/p9bohsoqtgi5hdtcig4cssqrk9ivt/pdf_978-987-3687-58-7.pdf

- Fernández Soto, M. S. (2004). *Implicancias de la cuestión social en la intervención profesional*. Revista Escenarios (8), 98-111.
- Federici, S. (2011). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Tinta Limón Ediciones.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos, conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa. <http://secat.unicen.edu.ar/wp-content/uploads/2020/03/GARCIA-Sistemas-complejos1.pdf>
- González Vargas, W. (2006). *Atención Primaria de Salud en Acción, su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social - Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, Costa Rica. <https://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Cortés Editora.
- Grassi, E. (2004). Cuestión social, precisiones necesarias y principales problemas. *Escenario* (8). Universidad Nacional de La Plata.
- Gutiérrez, A. (2005) *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Ferreyra Editor. <http://www.fhycs.unam.edu.ar/carreras/wp-content/uploads/2017/03/Alicia-B.-Gutierrez-Las-practicas-sociales-una-introduccion-a-Pierre-Bourdieu.pdf> . 2005
- Hermida, M. E. (2012). *Pensar e intervenir en la Cuestión Social: el Trabajo Social desde un enfoque poscolonialista*.
- Hermida, M. H. (2021). *Interrupción del embarazo, colonialidad y patriarcado*. Propuestas Críticas en Trabajo Social - Critical Proposals in Social Work 1(2), 50-72. <https://revistapropuestascriticas.uchile.cl/index.php/RPCTS/article/view/61175>
- Hermida, M. E. y Meschini, P. (2020). *Notas sobre la nueva institucionalidad del ciclo de gobierno kirchnerista: demandas populares, conquistas legales, resistencias institucionales*. Revista Cátedra Paralela, (13), 35–58. <https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/35>
- Humanas UNVM. (24 de junio de 2021). #HumanasUNVM Seminario de posgrado: La Salud Mental como campo multidisciplinar de experiencias [Archivo de Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=jls-m0jS2b4>
- Maffia, D. (2006) Aborto no punible: ¿qué dice la ley?. En: Susana Checa (comp.) (2006), Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Aborto-no-punible.-Qu%C3%A9-dice-la-ley.pdf>

- Mattio, E. (2012). ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual. En J. Morán Faúndes; J. Vaggione.; C. Sgró Ruata (Eds.), *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos* (p. 85-103). Ciencia, derecho y sociedad.
- Netto, J. P. (2002). Reflexiones en torno a la "cuestión social". En Netto, P., Parra, G., Carballeda, A., Coraggio, J., Aquín, N., Robirosa, M., Elías, M., Eroles, C y Clemente, A. *Nuevos escenarios y práctica profesional*. Espacio Editorial.
- Pecheny, M. (2006). Cierre. En Petracci M. y Ramos S. (Comp.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (pp. 67-92). CEDES. <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3955/1/5213.pdf>
- Petracci M. y Pecheny M. (2009). Panorama de derechos sexuales y reproductivos, Argentina 2009. *Argumentos. Revista de Crítica social* (11). 38-62. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/797/683>
- Pérez Duarte y Noroña, A. E. (2002). Una lectura de los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género, Panorama Internacional entre 1994 y 2001. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, (105) 1001-1027. <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/3739/4612#N2>
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, (36), 327-342. <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2012.v36n94/327-342/es>
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Panapo. http://paginas.ufm.edu/sabino/ingles/book/proceso_investigacion.pdf
- Solitario, R. C, Garbus, P. y Stolkiner, A. (2007). Atención primaria de la salud e interdisciplina, dos componentes claves para las reformas en salud mental. *Revista de la Asociación. Médica de Bahía Blanca* (17), 63-68. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006839>
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En Elichiry, N. (Comp), *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. (pp. 313-315). Nueva Visión. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista El Campo Psi*, (10). <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Stolkiner, A., Comes, Y., Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(6), 2807-2816. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2807-2816/es>

- Truccone, D. P., Remondetti, L, y Huecke, E. N. (2019). *Vecinos, parientes y extraños. Lógicas de apropiación territorial en un barrio de Villa María, Córdoba*. 1er Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Villa María, articulando diálogos políticos y académicos en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Villa María. http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/doc_num.php?explnum_id=2238
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de Integración Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. <http://scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

FUENTES

- Declaración Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. (12 de septiembre de 1978). *Declaración de Alma-Ata*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud* (3ª ed.). Ministerio de Salud de la Nación.
- Ley 25.673 de 2002. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. 21 de noviembre de 2002. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>
- Ley 25.929 de 2004. Parto Respetado. 17 de Septiembre de 2004. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Ley 26.150 de 2006. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. 23 de Octubre de 2006. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
- Ley 26.130 de 2006. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgicas. 28 de Agosto de 2006. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>
- Ley 26.529 de 2009. de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley 26.743 de 2012. Identidad de Género. 23 de Mayo de 2012. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Ley 26.862 de 2013. Reproducción médicamente asistida. 25 de Junio de 2013.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>

Ley 27.610 de 2020. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 30 de diciembre de 2020.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Ley 27675 de 2022. Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis. 18 de julio de 2022. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/266657/20220718>

Ordenanza Municipal N° 7122- Decreto N° 339 de 2017 [Concejo Deliberante de la Ciudad de Villa María]. Programa de Gestión Territorial Integral. 23 de marzo de 2017. Villa María, Córdoba, Argentina.
<https://digesto.concejovillamaria.gob.ar/media/Ordenanza/2017/7122/pdf.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1986, 21 de noviembre). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Resolución 915/ 2004. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
Boletín Oficial. 17 de septiembre de 2004.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-915-2004-98728>