



Universidad
Nacional
Villa María

Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"
Repositorio Institucional

Fortalecimiento del acceso a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en la Atención Primaria de la Salud de Villa María

Año
2025

Autora
Renzi, Maria Betania

Directora de tesis
Molina, Luna

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

Renzi, M. B. (2025). *Fortalecimiento del acceso a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en la Atención Primaria de la Salud 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=notice_display&id=48559



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA
INSTITUTO ACADÉMICO PEDAGÓGICO DE CIENCIAS SOCIALES**

**Licenciatura en Ciencia Política
Trabajo Final de Grado**

**Fortalecimiento del acceso a derechos sexuales, reproductivos y no
reproductivos en la Atención Primaria de la Salud de Villa María.**

Maria Betania Renzi

Directora: Lic. Molina, Luna

2025

AGRADECIMIENTOS

A mi abuela, por transmitirme el valor del estudio, del esfuerzo y de la perseverancia como legado fundamental.

A mi mamá y a mi papá, por el acompañamiento constante y por haber sostenido, cada uno a su manera, el camino que hoy me permite alcanzar este título.

A mi compañera y amor, Victoria, por su acompañamiento incondicional a lo largo de este proceso.

A mi hermana, por el compromiso compartido con la defensa de los derechos conquistados.

A mis amigas y compañeras, por lo compartido y lo transitado juntas, y por el sostén colectivo que hizo posible llegar hasta acá.

A la directora del Trabajo Final de Grado, Luna, por su guía, acompañamiento y aportes a lo largo de este recorrido académico.

A mi psicóloga, por el acompañamiento profesional y humano que permitió sostener este proceso de formación.

A mis hijas perris, Sara y Chiquita, por su amor y compañía incondicional.

A la Universidad Pública y Gratuita, por hacer posible el acceso a la educación superior y permitirme ser la primera egresada universitaria de mi familia.

ÍNDICE

1. Resumen Ejecutivo	4
2. Descripción del Proyecto	5
a. Antecedentes de experiencias	6
b. Antecedentes Normativos	11
c. Justificación	13
c. 1 Fundamentación de la propuesta	13
c. 2 Diagnóstico de la situación local	14
e. Marco Teórico	22
f. Marco Institucional	27
g. Finalidad	28
h. Propósito del Proyecto	29
i. Componentes	30
j. Destinatarios y localización	32
3. Métodos y Técnicas para la ejecución del proyecto	34
4. Determinación de Plazos y Actividades	40
5. Recursos humanos, materiales y financieros	43
6. Gestión y Organización	48
7. Monitoreo e Indicadores de Evaluación	51
8. Factores Externos Condicionantes	54
9. Referencias Bibliográficas	56
10. Anexos	61

RESUMEN EJECUTIVO

El presente proyecto propone la creación del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva con perspectiva de género, dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María. La iniciativa surge ante la necesidad de fortalecer el acceso equitativo y cercano a la comunidad, considerando las desigualdades territoriales detectadas en la ciudad y la limitada articulación interinstitucional existente.

El objetivo general es garantizar el acceso integral a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, desde la niñez hasta la adultez, decisiones informadas, prácticas de cuidado seguras y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y (no) reproductivos. El proyecto contempla la institucionalización del Programa mediante ordenanza, la designación de una coordinación técnica especializada, y la implementación de un dispositivo territorial con sede en el CIC Nicolás Avellaneda, como espacio operativo y de referencia para la comunidad.

Asimismo, prevé la articulación con la red sanitaria local (CAPS, Asistencia Pública y Hospital Pasteur), instituciones educativas, organizaciones comunitarias y colectivos LGBTIQNB+. Incluye la capacitación continua del personal de salud, el desarrollo de una estrategia comunicacional clara y accesible, y la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación en conjunto con la Universidad Nacional de Villa María.

El tiempo estimado de ejecución es de nueve meses, y el costo total del proyecto asciende a \$37.900.000, lo que representa aproximadamente el 0,6 % del presupuesto anual de la Secretaría de Salud, confirmando su viabilidad técnica, financiera y política.

En síntesis, el Programa busca consolidar una política pública local sostenible, con enfoque de derechos, territorialidad y equidad, orientada a reducir brechas de acceso, mejorar la calidad de la atención y promover una sexualidad libre, informada y sin discriminación para toda la población de Villa María.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El presente Trabajo Final de Grado consiste en un Proyecto de Intervención, y la metodología utilizada es la del Marco Lógico. Esta metodología funciona como una herramienta que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Enfatiza el trabajo orientado por objetivos, centra las acciones en los grupos destinatarios y promueve la participación y la comunicación entre las partes interesadas.

El enfoque del Marco Lógico parte de una premisa básica: para planificar un proyecto es necesario comprender la cadena de causas y efectos que lo originan. Esto supone identificar qué problema existe, por qué aparece y qué impacto produce. A la vez, el Marco Lógico incorpora los factores externos que pueden influir en el proyecto —tanto institucionales como sociales, económicos o políticos—, lo que permite construir una mirada integral de su desarrollo. A partir de este análisis, la metodología ordena y traduce la información, de modo que las causas se transforman en medios, los problemas en objetivos y los efectos en resultados (González Carella M. I., Díaz M., 2018).

En este marco metodológico, el proyecto desarrolla cuatro pilares fundamentales:

1. **Antecedentes de experiencias**, tanto latinoamericanas como nacionales, provinciales y locales, que permiten identificar modelos de referencia, aprendizajes institucionales y buenas prácticas transferibles al contexto de Villa María.
2. **Antecedentes normativos**, que recuperan el marco legal nacional e internacional en materia de salud sexual y derechos reproductivos, constituyéndose como soporte jurídico para la formulación del Programa Municipal.
3. **Diagnóstico situacional**, elaborado mediante entrevistas a referentes institucionales y comunitarios, análisis de documentos oficiales y revisión de datos del sistema local de salud.
4. **Propuesta de intervención**, basada en la creación del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva, articulado con el primer nivel de Atención Primaria de la Salud (APS) y con enfoque de derechos, equidad y diversidad.

En síntesis, este proyecto propone una política municipal integral que permita ordenar, fortalecer y ampliar las acciones existentes en materia de salud sexual y reproductiva, garantizando accesibilidad, continuidad de cuidados y equidad en el territorio. La metodología del Marco Lógico orienta esta propuesta desde un enfoque estratégico y basado en evidencia, asegurando coherencia entre diagnóstico, objetivos, componentes y actividades.

ANTECEDENTES DE EXPERIENCIAS

La revisión de experiencias latinoamericanas, nacionales, provinciales y locales en torno a la salud colectiva es fundamental para orientar la propuesta de fortalecimiento de las estrategias de salud sexual, reproductiva y no reproductiva en la Atención Primaria de la Salud (APS) de Villa María. Estos antecedentes permiten recuperar aprendizajes, identificar modelos de gestión exitosos y reconocer enfoques que pueden adaptarse al contexto local.

Experiencias latinoamericanas

Desde 2003, Colombia implementa la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR), orientada a fortalecer la equidad de género, la salud integral y la autonomía de las personas, reconociendo la sexualidad como un aspecto esencial del bienestar humano y no únicamente como un asunto biomédico. Esta política estableció lineamientos claros de articulación intersectorial, educación integral y disminución de brechas de acceso, sentando bases para iniciativas territoriales innovadoras. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2003).

Entre estas iniciativas se encuentran los programas “Dilo Frentiao” y “A Calzón Quitao”, desarrollados en Barranquilla. Ambas estrategias se centran en adolescentes y jóvenes como protagonistas del cambio social. Mediante talleres, acciones comunitarias y espacios de diálogo participativo, los programas fortalecen habilidades socioemocionales, promueven el autocuidado y contribuyen a reducir embarazos tempranos y violencias de género. Según informes municipales, “A Calzón Quitao” logró reducir un 14 % la tasa de embarazo adolescente entre 2020 y 2022.

Por su parte, “Dilo Frentiao”, incorpora herramientas digitales para acercar información y servicios a jóvenes, reforzando el trabajo territorial. Estos modelos resultan especialmente relevantes para Villa María, donde no existe un dispositivo estable de atención integral para adolescentes, lo que representa una oportunidad concreta de adaptación local, que podría contribuir a la reducción de los embarazos tempranos, la deserción escolar y las violencias por razones de género, promoviendo así un modelo local de salud integral y participativa para adolescentes.

En Chile, en 2018 se formuló la Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva, cuyo objetivo es contribuir al desarrollo integral y saludable de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, con un enfoque de derechos humanos y género (Ministerio de Salud de Chile, 2018). Un ejemplo destacado de implementación a nivel local es la creación en 2020 de la primera Unidad de Salud Sexual, Reproductiva y Género en la ciudad de Coquimbo, destinada a mujeres, varones y diversidades sexuales. Esta unidad surge como una iniciativa municipal pionera dentro del sistema de Atención Primaria de la Salud (APS), con el propósito de garantizar el acceso oportuno, integral y sin discriminación a la atención en salud sexual y reproductiva.

La Unidad de Coquimbo ofrece diagnóstico, control y tratamiento en salud sexual, así como acciones de promoción y prevención orientadas a reducir la incidencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), fortalecer la educación sexual integral y acompañar situaciones de violencia

por razones de género. Además, trabaja en coordinación con el nivel regional del Ministerio de Salud, organizaciones comunitarias y colectivos de la diversidad sexual, lo que le otorga un carácter participativo e intersectorial (Municipalidad de Coquimbo, 2020).

Este modelo constituye un referente regional sobre cómo los gobiernos locales pueden reducir brechas de acceso, fortalecer la autonomía de las personas y garantizar la atención inclusiva y de calidad en salud sexual y reproductiva.

Experiencias nacionales

En Argentina, la creación en 2002 del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley N.º 25.673) marcó un hito en la institucionalización de los derechos sexuales y reproductivos. Sus objetivos incluyen alcanzar el nivel más elevado de salud sexual para toda la población, reducir la morbilidad materno-infantil y promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su salud (Congreso de la Nación Argentina, 2002). Entre sus acciones más relevantes se destacan la distribución gratuita de métodos anticonceptivos a través del Programa Remediar, la capacitación de equipos de salud con enfoque integral y de género, y la creación en 2007 del Consejo Asesor, órgano consultivo conformado por profesionales de la salud, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales y especialistas; el mismo se constituyó como un espacio de diálogo y cooperación intersectorial, con funciones de asesoramiento, monitoreo y evaluación del Programa Nacional. Su experiencia demostró la importancia de generar instancias de participación plural para fortalecer la legitimidad social de las políticas y garantizar su implementación efectiva en todo el territorio (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

El Programa Remediar continúa vigente bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación y actualmente se ejecuta a través de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), creada en 2020. La implementación del programa se organiza de manera federal y descentralizada: la Nación adquiere los insumos anticonceptivos, test diagnósticos y materiales educativos, que luego son distribuidos a las provincias, las cuales coordinan la entrega a los municipios y centros de atención primaria de la salud.

En este proceso, un cambio central fue la implementación nacional de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y de la Atención Postaborto, establecida por la Ley 27.610. Su puesta en marcha generó transformaciones estructurales en los servicios de salud: capacitación masiva de equipos de APS, creación de circuitos de acceso oportuno, incorporación de tecnologías seguras como misoprostol y mifepristona, y fortalecimiento de los dispositivos de acompañamiento comunitario. Según los informes de la DNSSR (2021–2023), la federalización de la política permitió ampliar el acceso, disminuir derivaciones innecesarias y consolidar la atención en el primer nivel como puerta de entrada prioritaria.

La experiencia nacional muestra que, cuando existe una coordinación articulada entre Nación, provincias y municipios, los programas de salud sexual y reproductiva logran mayor continuidad,

mayor disponibilidad de insumos y una mejora en los procesos de atención. Estos avances ofrecen aprendizajes clave para fortalecer las políticas locales en ciudades intermedias como Villa María, especialmente en lo referido a consolidar capacidades en APS, estandarizar circuitos de consejería y garantizar la provisión sostenida de métodos anticonceptivos.

A nivel subnacional, la provincia de Buenos Aires se posiciona como referente en la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva, en particular en el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Allí se constituyó una Red de Aborto que abarca 133 municipios y más de 550 servicios de salud, acompañada de registros de efectores y de prácticas de IVE/ILE (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2023). Esta red se estructura sobre tres pilares fundamentales: territorialización, accesibilidad y calidad de atención. En primer lugar, se prioriza el fortalecimiento del primer nivel de atención —centros de salud y dispositivos comunitarios— como puerta de entrada principal al sistema, lo que ha permitido reducir inequidades geográficas y ampliar la cobertura en municipios con menor infraestructura sanitaria. En segundo lugar, se promueve la accesibilidad informada y acompañada, a través de estrategias como la habilitación de la línea 148 (opción 3) para consultas confidenciales, la publicación de un mapa interactivo de efectores donde las personas pueden ubicar el centro más cercano, y la distribución de insumos y medicamentos esenciales —incluido el misoprostol de producción estatal— garantizando disponibilidad en todo el territorio provincial (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

Asimismo, la provincia creó dos registros complementarios: uno de efectores de salud que realizan prácticas de IVE/ILE, destinado a acompañar el crecimiento de la red y reducir inequidades territoriales; y otro de prácticas realizadas, que permite sistematizar la información, evaluar la magnitud de las intervenciones y monitorear la calidad de atención. Esta estrategia ha permitido, según el Informe Epidemiológico de 2022, duplicar la cantidad de establecimientos habilitados y consolidar una política pública de aborto legal, seguro y gratuito en el 98 % de los municipios bonaerenses (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2023).

Esta experiencia constituye un modelo territorial de política pública basada en evidencia, con fuerte articulación intersectorial, participación profesional y compromiso político sostenido. Su énfasis en la atención en el primer nivel de salud, la reducción de inequidades y la producción estatal de insumos ofrece valiosas lecciones para el diseño del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva de Villa María.

En la provincia de Córdoba, la política pública en salud sexual y reproductiva se enmarca en la Ley N.º 9.073 de “Maternidad y Paternidad Responsables” (2003), que constituyó un primer intento por garantizar el acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva. No obstante, su enfoque centrado en la familia nuclear y en la reproducción biológica limitó el abordaje integral de la sexualidad y la inclusión de las diversidades. A pesar de los avances normativos nacionales —como la Ley N.º 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) y la Ley N.º 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020)—, la implementación provincial aún presenta brechas

significativas de cobertura, disponibilidad de métodos anticonceptivos y resistencias institucionales, especialmente en áreas del interior (Católicas por el Derecho a Decidir, 2022).

En este marco, la Dirección de Adolescencias, Juventudes y Salud Sexual Integral del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba cumple un rol relevante al desarrollar programas orientados a la promoción de derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes. Entre sus principales líneas de acción se destacan: la instalación de consultorías en salud integral adolescente en distintos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), la formación de equipos interdisciplinarios en el modelo de atención amigable, y el desarrollo de jornadas educativas y comunitarias sobre anticoncepción, salud menstrual, IVE/ILE y prevención de ITS. Estas estrategias buscan mejorar la accesibilidad, la escucha activa y la confidencialidad, tres dimensiones fundamentales en la atención adolescente (Ministerio de Salud de Córdoba, 2023).

Experiencias locales en Argentina

En el ámbito municipal, distintas experiencias muestran el potencial del nivel local para garantizar derechos. En Olavarría, provincia de Buenos Aires, se creó en 2010 el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva mediante una ordenanza, a partir de una propuesta del Programa Permanente de Estudios de la Mujer (PPEM) de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Este programa se consolidó como un espacio de atención, prevención y promoción con enfoque de derechos, desarrollando actividades articuladas intra e interinstitucionalmente (Compagnon & Carriquiri, 2020). A través de los convenios establecidos entre el municipio y la universidad, se fortalecieron los procesos de diagnóstico participativo y se implementó un sistema de monitoreo permanente, que permitió evaluar el impacto de las acciones y garantizar la continuidad de la política pública a lo largo del tiempo. Durante los primeros años de aplicación, se registró una reducción del 16 % en embarazos adolescentes y del 43 % en el sector público de salud, lo que evidencia el impacto positivo de la política (Bromida, 2022). Asimismo, Olavarría avanzó en transparencia a través de la implementación de tableros de datos abiertos que permiten a la ciudadanía acceder a información actualizada sobre prácticas como PAP y colposcopias, fortaleciendo la confianza pública y la rendición de cuentas. Esta articulación entre municipio, universidad y sociedad civil constituye un antecedente fundamental para la propuesta en Villa María, dado que muestra cómo la integración académica y estatal potencia la efectividad de las políticas públicas locales.

Otro antecedente a nivel local importante es la experiencia de la ciudad de Rosario, considerada pionera en Argentina en el desarrollo de políticas de salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Desde la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en 1996 (Ordenanza N° 6244), la política local incorporó tempranamente un enfoque de género, garantizando el acceso a anticoncepción, educación sexual y la implementación de protocolos de ILE/IVE desde 2012 (Ferrero, 2021). El modelo rosarino se caracteriza por la descentralización de los servicios hacia el primer nivel de atención, la elaboración de protocolos locales de atención con tiempos definidos y

acompañamiento psicosocial, y la transversalización de la perspectiva de género en todas las políticas municipales (Municipalidad de Rosario, 2018).

Esta experiencia demuestra que los gobiernos locales pueden desempeñar un rol central en la garantía de derechos sexuales y reproductivos, articulando salud, educación y comunidad. En relación con el proyecto de Villa María, la propuesta local busca retomar los aprendizajes de Rosario, pero adaptándose a las particularidades territoriales y poblacionales de la ciudad, incorporando dimensiones aún poco visibilizadas como la salud menstrual y la menopausia, y fortaleciendo la atención desde una perspectiva de derechos, diversidad y equidad territorial.

Por su parte, en Río Grande (Tierra del Fuego) se creó el Espacio Amigable de Salud Sexual, orientado a adolescentes y jóvenes. A través de plataformas virtuales y atención confidencial en línea, este espacio ofrece consejería sobre sexualidades, métodos anticonceptivos, diversidad, identidad de género y prácticas de cuidado (Municipio de Río Grande, 2021). Este modelo innovador de acompañamiento digital resulta especialmente relevante en contextos donde existen barreras de acceso geográficas o sociales, ya que combina estrategias de presencialidad y virtualidad para garantizar el acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos. En Villa María, donde la desigual distribución territorial de recursos sanitarios genera dificultades en el acceso, esta experiencia puede inspirar la implementación de herramientas digitales que complementen la atención presencial.

En el caso de la ciudad de Villa María, si bien no existe hasta el momento un programa municipal integral de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, se desarrollan diversas acciones y dispositivos vinculados parcialmente a la temática desde distintas áreas del municipio. Desde la Secretaría de Salud, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y la Asistencia Pública Municipal ofrecen consejerías en salud sexual, distribución de métodos anticonceptivos, atención ginecológica y controles de embarazo, aunque estas actividades se encuentran fragmentadas y sin una estrategia unificada.

A nivel provincial, el Hospital Regional Pasteur es el efector de referencia para la atención de partos, embarazos de riesgo e interrupciones legales o voluntarias del embarazo (ILE/IVE). En los últimos años, se han realizado en Villa María capacitaciones sobre IVE/ILE, prevención de ITS y derechos sexuales, dirigidas a equipos de salud, pero con alcance limitado y sin continuidad sistemática (Ministerio de Salud de Córdoba, 2023).

Desde una perspectiva comunitaria, existen experiencias impulsadas por organizaciones sociales, educativas y feministas, como los talleres de Educación Sexual Integral (ESI) en escuelas secundarias, las actividades del Consultorio Inclusivo Municipal creado por Ordenanza N.º 7284 (2018), y los espacios promovidos por el Programa de Inclusión Integral Trans-No Binario (Ordenanza N.º 7572, 2020), que abordan el acompañamiento a personas del colectivo LGBTIQNB+. Estas iniciativas se inscriben en una perspectiva de derechos humanos, salud integral y reconocimiento de

la diversidad, consolidando a Villa María como uno de los primeros municipios de la provincia de Córdoba en institucionalizar políticas públicas específicas para el colectivo LGBTIQNB+.

El Consultorio Inclusivo Municipal funciona como dispositivo de atención interdisciplinaria en el marco de la red de Atención Primaria de la Salud (APS). Su objetivo es garantizar el acceso equitativo a la salud integral de personas trans, travestis, no binarias y de la diversidad sexual y de género, a través de una atención gratuita, confidencial y sin discriminación. Entre sus líneas de acción se incluyen el acompañamiento a procesos de hormonización, la atención en salud mental, la prevención de ITS, la accesibilidad a controles ginecológicos y urológicos, y la construcción de espacios de escucha y orientación jurídica y social.

Por su parte, el Programa de Inclusión Integral Trans-No Binaria (Ordenanza N.º 7.572/2020) amplía el enfoque hacia educación, empleo, vivienda y derechos sociales. Su perspectiva intersectorial lo convierte en un antecedente directo para pensar políticas locales integrales y sostenidas.

En síntesis, los antecedentes muestran que los municipios pueden desempeñar un rol decisivo en la garantía de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, especialmente desde la APS y mediante articulación intersectorial, monitoreo permanente y participación comunitaria. Este proyecto recupera esas experiencias para adaptarlas a las particularidades situadas de Villa María.

ANTECEDENTES NORMATIVOS

Este apartado aborda las principales normativas nacionales dirigidas a la promoción, protección y/o restitución del derecho a la salud, ya que constituyen un factor fundamental para construir nuevos lineamientos en el abordaje de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva en la atención primaria.

La normativa sanitaria argentina expresa, en su evolución, un proceso progresivo de ampliación de derechos y de institucionalización del enfoque de salud como bien público y responsabilidad estatal.

Desde la recuperación de la democracia, los derechos sexuales y reproductivos en Argentina forman parte de un proceso sistemático de expansión en el reconocimiento de nuevos derechos.

En el año 1985 el Estado argentino reconoció los derechos reproductivos y derechos sexuales como derechos humanos mediante la ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹ (CEDAW). En 1991 se promulgó la Ley Nacional de Sida² y, en 1992, se creó el Consejo Nacional de las Mujeres³.

¹ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. (1979). Naciones Unidas.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

² Ley 23.798. Ley Nacional de SIDA. (16 de agosto 1990).

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/0000000104cnt-2013-05_ley-nacional-sida_0.pdf

³ Decreto 2206/1992. (1992). Créase el Consejo Nacional de la Mujer. Boletín Oficial de la República Argentina, 5 de noviembre de 1992.

En 1994, con la reforma constitucional se incorporaron al texto de la Constitución y con su misma jerarquía, diversos tratados internacionales de derechos humanos, incorporándose a la Carta Magna mediante el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional⁴. Esta incorporación marcó un punto de inflexión, al consolidar el principio de supremacía de los derechos humanos en el ordenamiento jurídico argentino y dar sustento constitucional al derecho a la salud, la igualdad y la no discriminación.

Como se mencionó en el apartado anterior, en el año 2002 se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable mediante la Ley 25.673⁵, para ser ejecutado por las provincias y municipios de todo el territorio nacional. Este programa reconoció las obligaciones del Estado en esta materia y asignó, por primera vez en la historia nacional, un presupuesto específico para la adquisición de métodos anticonceptivos. La ley constituyó una herramienta clave para la federalización de los derechos sexuales y reproductivos, integrando a los gobiernos locales en la implementación de políticas públicas con enfoque de equidad territorial.

A lo largo de los años, con avances y retrocesos en el marco de debates entre múltiples actores (estatales, eclesiásticos, movimientos sociales, profesionales, entre otros), se sancionaron nuevas leyes nacionales que ampliaron los derechos de las mujeres y otras identidades.

En el año 2004 se sancionó la Ley 25.929⁶ de Parto Humanizado que estableció los derechos de toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto. En 2006, la Ley 26.130⁷ garantizó el derecho de toda persona mayor de edad a acceder, mediante consentimiento informado, a prácticas como la ligadura de trompas y la vasectomía dentro del sistema de salud. En materia de violencia, en 2009 se sancionó la Ley 26.485⁸ de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Ese mismo año, la Ley 26.529⁹ sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado reforzó la autonomía y el derecho a la información en el ámbito sanitario, consolidando un piso normativo esencial para los derechos sexuales y reproductivos.

En 2012 se aprobó la ley de identidad de género,¹⁰ que reconoce el derecho de todas las personas a ser identificadas de acuerdo con su identidad autopercebida, a modificar su nombre y género en los

⁴ Constitución de la Nación Argentina. (1994). Reforma de 1994. Artículo 75, inciso 22

⁵ Ley 25.673. Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (30 de Octubre de 2002) https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25673_decretos_declaracion_de_repudio.pdf

⁶ Ley 25.929. Ley de Parto Humanizado. (25 de agosto de 2004). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

⁷ Ley 26.130. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. (9 de agosto de 2006). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26130-2006-119260>

⁸ Ley N° 26.5299. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. (21 de octubre de 2009).

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/texto>

⁹ Ley 26.485 . Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (11 de marzo de 2009). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf

¹⁰ Ley 26.743. Ley de Identidad De Género. (9 de mayo de 2012). <https://www4.hcdn.gob.ar/archivos/genero/archivos/Identidad%20de%20g%C3%A9nero.pdf>

registros oficiales y a acceder a tratamientos médicos integrales de adecuación corporal sin necesidad de judicialización ni diagnósticos patologizantes.

En 2013 se sancionó la Ley 26.862¹¹ que garantizó el acceso igualitario y gratuito a las técnicas de reproducción asistida a toda persona mayor de edad, independientemente de su orientación sexual, estado civil o tipo de cobertura médica.

Finalmente, en 2020, se sancionó la Ley 27.610¹² de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Esta ley reconoce el derecho de las personas gestantes a decidir y acceder a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 inclusive, sin necesidad de justificación, y establece plazos y obligaciones claras para el sistema de salud. Con esta ley, el Estado argentino consolidó un piso normativo que garantiza autonomía reproductiva, libertad de decisión y acceso sanitario oportuno.

A nivel local, como se mencionó anteriormente, en la ciudad de Villa María se destacan las Ordenanzas N° 7.284 de Creación del Consultorio Inclusivo (2018) y N° 7.572 de Creación del Programa de Inclusión Integral Trans-No Binaria (2020), que representan avances concretos en materia de reconocimiento y atención integral de las diversidades. Ambas normas expresan la capacidad del municipio para adaptar marcos nacionales a realidades territoriales, articulando salud, diversidad y derechos en políticas públicas locales.

El recorrido normativo, aunque perfectible y con deudas, expresa una visión de derechos humanos. Las normas han procurado honrar los compromisos internacionales en esta materia: fueron reconociendo la necesidad de brindar la atención médica pertinente y fueron sumando servicios en función de la idea rectora de la integralidad del derecho a la salud, con una pretensión fuerte de universalidad. Este enfoque resulta clave para orientar las estrategias del presente proyecto de intervención.

En este sentido, el marco normativo argentino constituye el soporte jurídico y político sobre el cual se sustenta el presente proyecto, orientado a fortalecer la salud sexual, reproductiva y no reproductiva desde la atención primaria y con perspectiva de derechos.

JUSTIFICACIÓN

Fundamentación de la propuesta

La salud sexual, reproductiva y no reproductiva constituye un componente esencial del derecho a la salud y requiere intervenciones integrales que consideren las condiciones sociales, económicas y culturales que atraviesan a las personas. En Villa María, persisten desigualdades que limitan el acceso efectivo a información, consejerías, métodos anticonceptivos, testeo de ITS, controles

¹¹ Ley 26.862. Ley de Reproducción Médicamente Asistida. (5 de junio de 2013). <https://www.argentina.gob.ar/tema/hogar/hijo/fertilizacion-asistida>

¹² Ley 27.610. Ley de Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. (30 de diciembre de 2020). <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>

ginecológicos y atención integral para adolescentes, diversidades sexuales y mujeres en etapas no reproductivas.

Si bien existen dispositivos municipales —CAPS, Asistencia Pública, Consultorio Inclusivo y programas comunitarios— estas acciones se desarrollan de manera fragmentada y sin una estrategia común. Esta falta de articulación genera discontinuidades en los cuidados, barreras territoriales y respuestas desiguales que afectan especialmente a mujeres de sectores populares, población LGBTIB+ y adolescentes.

El marco legal nacional y local es favorable: las leyes de salud sexual y reproductiva, la Ley de Identidad de Género, la Ley de IVE y las ordenanzas municipales sobre diversidad constituyen una base normativa sólida para avanzar hacia políticas territoriales con enfoque de derechos. En este contexto, el nivel municipal, por su cercanía con la comunidad, tiene la responsabilidad de traducir estos marcos en acciones concretas y sostenidas.

El proyecto es viable técnica, financiera y políticamente. Se apoya en estructuras existentes, propone utilizar el CIC Nicolás Avellaneda como sede territorial prioritaria y requiere un presupuesto que se integra adecuadamente al financiamiento municipal disponible. A su vez, se alinea con líneas estratégicas actuales del municipio en materia de salud integral, prevención y ampliación de derechos.

En síntesis, este proyecto se justifica por la necesidad de ordenar y fortalecer la Atención Primaria, reducir brechas de acceso y consolidar una política local estable que garantice derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos a lo largo del curso de vida.

1. Diagnóstico de la situación local

El diagnóstico se elaboró mediante una estrategia metodológica mixta que combinó revisión documental, análisis de datos oficiales y entrevistas a referentes del sistema de salud, educación, igualdad y organizaciones comunitarias. Esta integración de fuentes cuantitativas y cualitativas permitió profundizar la comprensión de la situación local y visibilizar tanto problemáticas estructurales como capacidades institucionales.

Tal como plantean Kasis (1997) y Horejs (1995), el diagnóstico en proyectos sociales no se limita a la recolección de información, sino que constituye una herramienta que permite identificar necesidades, definir prioridades y orientar la planificación. En línea con esto, el diagnóstico realizado en Villa María permitió reconocer obstáculos persistentes, pero también recursos y experiencias valiosas que constituyen oportunidades para el fortalecimiento del sistema local.

Del análisis integral surge que la principal problemática del territorio es la desigualdad en el acceso a servicios y cuidados vinculados a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, especialmente para mujeres, adolescentes, personas LGBTIQB+ y para quienes transitan etapas no reproductivas como la menopausia.

Esta desigualdad se expresa en la falta de articulación entre los distintos dispositivos municipales y provinciales, lo que genera circuitos de atención fragmentados, dificultades en la continuidad de cuidados y ausencia de derivaciones claras. A esto se suman brechas territoriales, intermitencias en la provisión de métodos anticonceptivos y registros epidemiológicos insuficientes, lo que limita la capacidad de planificar acciones basadas en evidencia y sostener intervenciones adecuadas a las necesidades reales de la población. El diagnóstico también permitió identificar obstáculos simbólicos y culturales vinculados a perspectivas biomédicas tradicionales y prácticas institucionales que no siempre contemplan la diversidad de experiencias e identidades.

El conjunto de estos elementos evidencia la necesidad de avanzar hacia una política municipal integral que supere la fragmentación actual y garantice accesibilidad, equidad, continuidad de cuidados y enfoque de derechos. Esta necesidad constituye el fundamento de la propuesta de creación del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva.

A continuación, se presentan los principales ejes del diagnóstico, elaborados a partir del análisis documental, entrevistas realizadas en territorio y datos provenientes de los dispositivos municipales y provinciales de salud.

Implementación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en el Ámbito Local

La implementación de la Ley 25.673, que regula la salud sexual y reproductiva, ha avanzado de manera desigual en Villa María. A pesar del desarrollo de programas e incorporación de servicios, persisten desafíos significativos para garantizar el acceso universal y gratuito a métodos anticonceptivos, a la información sobre salud sexual y reproductiva, y a una atención integral. Estas dificultades no solo responden a factores estructurales, sino también a limitaciones institucionales y a la falta de estrategias de articulación sostenidas en el tiempo.

Para comprender esta realidad, se recabaron diversas perspectivas dentro del sistema de salud local. La coordinadora de la Farmacia Municipal (gestión 2024), por ejemplo, detalló la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos provistos de manera gratuita mediante programas nacionales: "Anticonceptivos orales (ACO), Método de barrera (Preservativos masculinos), Sistema Intrauterino Hormonal y No Hormonal (DIU/DIU), Implante Subdérmico (Chip subdérmico), Anticonceptivo Inyectable Mensual y Trimestral (ACI M/ACI T). Según su explicación, "cada uno de los insumos anteriormente mencionados, son provistos, mayoritariamente, de manera mensual y gratuita a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Minoritariamente, también se reciben insumos desde el Programa REMEDIAR¹³." (Entrevista 9, comunicación personal, 2024).

Sin embargo, la provisión periódica de insumos no garantiza por sí sola el acceso efectivo, ya que su distribución depende de las capacidades operativas y organizativas de cada CAPS y de la continuidad en la llegada del suministro nacional.

¹³ El Programa nacional REMEDIAR, tiene como objetivo garantizar el derecho al acceso y a la cobertura gratuita de medicamentos esenciales y productos sanitarios de uso ambulatorio, a través de la distribución directa en el Primer Nivel de atención de la Salud.

En contraste con el área farmacéutica, el sector ginecológico presenta desafíos adicionales. Una ginecóloga del sistema de salud municipal (gestión 2025) destacó que: “la provisión de los insumos anticonceptivos depende de los envíos que realiza el programa provincial o nacional... Si la consulta no coincide con la llegada del suministro, es posible que las pacientes deban reprogramar la colocación del implante subdérmico, o acudir a otro efector de salud.” (Entrevista 6, comunicación personal, 2024).

Este testimonio evidencia que la intermitencia en la entrega de insumos impacta negativamente en la continuidad de los tratamientos, generando retrasos y brechas en el acceso, especialmente para mujeres y adolescentes de sectores vulnerados.

La ginecóloga agregó que: “no existe una articulación sólida entre los distintos efectores de salud para garantizar la continuidad en la atención. Cada paciente tiene que consultar en cada centro para ver si tienen turnos disponibles... no hay un circuito de derivación claro.” (Entrevista 6, comunicación personal, 2025).

Esto refleja un problema estructural de coordinación entre niveles y dispositivos, generando experiencias fragmentadas y desiguales en el acceso.

En cuanto a la perspectiva comunitaria, la Subsecretaria de Igualdad de la Municipalidad (gestión 2024) señaló la ausencia de estrategias territoriales amplias de difusión: “no hay un trabajo de difusión por fuera de la información que se pueda recibir dentro de un caps, o sea, no hay un trabajo territorial donde se sensibilice...”. (Entrevista 4, comunicación personal, 2024).

Además criticó que “no hay programas que desde la necesidad de la salud de la mujer se mire con una mirada social, simplemente con una mirada biológica.” (Entrevista 4, comunicación personal, 2024). Estas observaciones evidencian la necesidad de fortalecer la comunicación comunitaria y las estrategias de accesibilidad cultural.

Finalmente, una trabajadora social de un CAPS señaló que: “Cuando metemos la palabra “deseo” dentro del sistema de salud, que es un sistema machista, patriarcal, médico-hegemónico, ahí es donde empiezan a surgir todos estos obstáculos.” (Entrevista 1, comunicación personal, 2024).

Este aporte introduce la dimensión subjetiva y simbólica del acceso, subrayando que las barreras no se reducen solo a insumos o turnos, sino también a marcos culturales y prácticas institucionales que reproducen inequidades.

En síntesis, la implementación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en Villa María, si bien cuenta con la disponibilidad de insumos provistos mayormente por programas nacionales, se ve limitada por la escasa coordinación entre efectores de salud, la ausencia de estrategias de difusión territorial, y la persistencia de una mirada biomédica que invisibiliza los determinantes sociales y el

deseo de las personas. A estos desafíos se suman obstáculos culturales e institucionales que condicionan la plena garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Registros, indicadores y sistemas de información

El Subsecretario de Salud (en la gestión 2024), si bien reconoció la existencia de registros sobre la aplicación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en los diferentes dispositivos de salud, advirtió enfáticamente sobre una "carencia de la construcción de indicadores y análisis de acuerdo a la complejidad que amerita". En esta línea, señaló que "se realiza monitoreo de manera incompleta, debiéndose mejorar indicadores y fortalecimiento del equipo en cuanto a personal técnico disponible". (Entrevista 7, comunicación personal, 2025). Este planteo evidencia limitaciones estructurales en la capacidad municipal para producir información sistemática y utilizarla en la toma de decisiones.

Esta problemática de la información fue también evidenciada por la ginecóloga de la Asistencia Pública. Ella describió su propio sistema de registro para el seguimiento individual de sus pacientes, mencionando que "registró los métodos anticonceptivos de larga duración que he colocado, registro todos los pap y colpo que hago... Ahora empecé con las embarazadas también, entonces tengo un registro. Bueno, pero personal mío, sí, para un control mío, pero de estadística viste, no tengo." (Entrevista 6, comunicación personal, 2025).

Esta respuesta revela que, aunque existen esfuerzos individuales valiosos, la falta de un sistema centralizado impide transformar esos datos en información poblacional útil para la gestión sanitaria.

En contraste con estas deficiencias, la misma ginecóloga resaltó la importancia fundamental del acceso universal a los servicios y a la información como pilar de los derechos sexuales y reproductivos. La referente expresó: "bueno para mí que me muevo en el sector público, es esto de que todas las mujeres pueden acceder y bueno conseguir cuidarse ellas, decidir cuándo tener hijos o cuándo no tener hijos, cuidarse de las enfermedades". (Entrevista 6, comunicación personal, 2025) Este testimonio subraya la relevancia del primer nivel de atención para garantizar autonomía reproductiva y acceso equitativo, aun en un contexto de limitaciones estructurales.

Acceso de Mujeres y Diversidades

El acceso pleno a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva es un derecho fundamental. Sin embargo, el análisis de las entrevistas realizadas a referentes clave en Villa María revela la persistencia de diversas dificultades en el acceso efectivo para las mujeres y la población LGBTIQ +.

En este sentido, la coordinadora del área de personas mayores de la Municipalidad de Villa María (gestión 2025), señaló una clara invisibilidad y falta de sensibilización en relación a la salud de las mujeres en la etapa no reproductiva, específicamente en lo que respecta a la menopausia¹⁴. Según sus palabras, un derecho "que hoy tenemos que concientizar y visibilizar la etapa donde las mujeres,

¹⁴ La Organización Mundial de la Salud (Sistema Nacional de Salud, 2003) define la menopausia como el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica.

dejamos de ser reproductivas. Sí, lo que normalmente y culturalmente llamamos la menopausia." (Entrevista 5, comunicación personal, 2025).

Esta observación pone de manifiesto una necesidad de ampliar la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos para incluir todas las etapas de la vida de las mujeres, más allá de la edad fértil. La ausencia de políticas orientadas al climaterio y la menopausia constituye una brecha histórica que se reproduce a nivel local.

Por su parte, la ginecóloga de la Asistencia Pública Municipal enfatizó las dificultades burocráticas y logísticas que enfrentan muchas mujeres para acceder a controles y métodos de cuidado, señalando que "venir sacar turno, ir volver o no hay turno, es como muchas trabas para una mujer...". De hecho, afirmó que "Una mujer madre soltera no llega". Aún más contundentemente, aseveró: "Las menopáusicas están abandonadas, no existen en el programa de salud, o sea, no existen... desde siempre." (Entrevista 6, comunicación personal, 2025)

En otra línea de análisis, la Subsecretaria de Igualdad de la Municipalidad (gestión 2024) identificó vacíos programáticos significativos. Manifestó que "no hay un programa que acompañe las necesidades de las trabajadoras sexuales", y añadió que "no hay un programa municipal que brinde de manera continua los preservativos y lubricantes, como tampoco hay un programa municipal que les hagan los controles de salud." Asimismo, criticó la falta de políticas sobre el acceso a elementos de gestión menstrual: "no hay en el municipio tampoco un programa sobre el acceso a elementos de gestión menstrual." (Entrevista 4, comunicación personal, 2024)

La conectividad y accesibilidad territorial también emergen como un desafío. Una referente comunitaria del barrio San Nicolás, por ejemplo, manifestó que "con el CAPS tenemos una dificultad... manejamos distintos horarios en general, el caps está por la mañana y nosotros estamos laburando por la tarde. Entonces tenemos pocos encuentros..." . (Entrevista 3, comunicación personal, 2025). Esta brecha horaria limita la articulación efectiva entre los servicios de atención primaria y las necesidades de la comunidad.

Desde la perspectiva del colectivo trans, una entrevistada celebró algunos avances importantes en Villa María, destacando "la creación de un consultorio inclusivo, el acceso integral a la salud y el cupo laboral trans". Sin embargo, advirtió: "todo lo conseguido se tiene que sostener en el tiempo." (Entrevista 2, comunicación personal, 2025)

Esta preocupación por la continuidad de las políticas públicas aparece como un elemento transversal en todas las entrevistas.

Profundizando en las barreras persistentes, una activista trans y enfermera expuso en una entrevista con un medio local la dura realidad de su comunidad: "Hoy veo a muchas chicas que están sufriendo. Pasé la estadística de expectativa de vida trans, la de 30 años. Me siento una sobreviviente. Me salvé." (Martínez Celiz, 2021). Sus palabras reflejan la urgencia de políticas integrales que enfrenten la discriminación estructural que afecta a las personas trans.

Sumado a esto, otra integrante del colectivo LGBTIQ+ profundizó en las barreras que persisten incluso cuando existe cobertura de servicios básicos. Explicó que, si bien “La Asistencia Pública lo cubre, pero no es solamente eso. Para tener una salud integral, tiene que haber un cardiólogo, un neumonólogo, un montón de otras especialidades. Incluso cuando los hospitales públicos ofrecen estas especialidades, advirtió que “hay barreras burocráticas que a veces no te permiten acceder. Por ejemplo, si no hiciste el cambio registral y te autopercebiste con otro género, o con un género no binario, al momento de llamarte lo harán por un nombre con el cual no te identificás.” (Entrevista 2, comunicación personal, 2025). Este testimonio pone en evidencia que las barreras no son solo materiales, sino también simbólicas, administrativas y profundamente identitarias.

En suma, estos testimonios permiten identificar una serie de desafíos en la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva: desde la invisibilidad de ciertas etapas del ciclo vital, como la menopausia, hasta la exclusión de cuerpos e identidades no normativas. Además, se destacan la escasa cobertura horaria de los CAPS, las barreras burocráticas en el acceso a especialidades y la insuficiente articulación entre instituciones y territorios. En última instancia, estas dificultades impiden que el derecho a la salud sea efectivo y equitativo para todas las personas en la comunidad.

Aumento de las ITS¹⁵ en Villa María

El análisis de diversas fuentes de información —incluyendo entrevistas directas y testimonios de profesionales de la salud publicados en los diarios locales Diario de Villa María y Diario Puntal— revela una visión coincidente y preocupante respecto al estado de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Villa María. La Dra. Florencia Ruggeri (pediatra y especialista en adolescencia), el Dr. Quinodoz (vicedirector del Hospital Pasteur), la Dra. Soledad Frola (médica infectóloga del Hospital Regional Pasteur) y una ginecóloga de la Asistencia Pública, entrevistada directamente, coinciden en señalar un alarmante aumento de las ITS, con la sífilis como principal foco de atención. Este aumento se consolida como una tendencia sostenida y transversal a distintos grupos etarios.

Este escenario local se enmarca en una tendencia nacional y provincial de aumento sostenido de las infecciones de transmisión sexual. Según el Ministerio de Salud de la Nación (2024), entre 2018 y 2023 las notificaciones de sífilis pasaron de 22.734 a más de 32.000 casos, con un incremento de la tasa de incidencia de 51 a 69 por cada 100.000 habitantes, siendo la franja de 20 a 24 años la más afectada. En Córdoba, la tendencia es aún más marcada: los casos notificados aumentaron de 1476 en 2018 a 6847 en 2023, lo que elevó la tasa provincial de 40 a 177 por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud de Córdoba, 2024).

Considerando que Villa María cuenta con 96.061 habitantes (INDEC, 2022), estas cifras permiten dimensionar la magnitud del problema y subrayan la necesidad de respuestas locales específicas y sostenidas.

¹⁵ "ITS" son las siglas de Infecciones de Transmisión Sexual, que son infecciones que se propagan principalmente a través del contacto sexual (vaginal, anal u oral). Pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos, y pueden transmitirse a través del contacto con fluidos como sangre, semen o líquido vaginal.

La Dra. Ruggeri, a través del Diario Puntal (2023), describió la situación entre adolescentes como “alarmante”, señalando que ha atendido en su consultorio a jóvenes con “síntomas y lesiones sugestivas de infecciones de transmisión sexual (ITS)”. Esta perspectiva se alinea con la opinión de la ginecóloga de la Asistencia Pública quien observó un aumento de ITS en “dos extremos etarios: adolescentes y jóvenes que no usan preservativos, y adultos mayores, especialmente entre los 40 y 50 años” (Entrevista 6, comunicación personal, 2025). Según explicó, en este último grupo el incremento puede vincularse a cambios en la vida sexual asociados a separaciones y divorcios, sumado al hecho de que, al no haber riesgo de embarazo, muchas personas dejan de utilizar preservativos. Sobre los más jóvenes, enfatizó: “Es muy difícil concientizar sobre el uso del preservativo, entonces están las enfermedades de transmisión” (Entrevista 6, comunicación personal, 2025). Este análisis muestra la coexistencia de factores culturales, generacionales y de percepción de riesgo

El Dr. Quinodoz, citado en el Diario de Villa María (2023), confirmó el “incremento notable de casos de sífilis en los últimos años”, destacando que se trata de una enfermedad “tratable y curable con un antibiótico tan simple como la penicilina”. Subrayó la necesidad de promover el testeo generalizado, ya que “las personas deben hacerse un test para descartar esta infección y otras como hepatitis y VIH”. Asimismo, alertó sobre la baja tasa de uso de preservativos, la cual consideró “transversal a todos los grupos etarios y sociales”, lo que contribuye directamente a la persistencia del VIH y al crecimiento de la sífilis. Concluyó que “Todo está relacionado con prácticas sexuales no seguras”. Este señalamiento refuerza la necesidad de estrategias educativas sostenidas.

Por su parte, la Dra. Frola reforzó esta tendencia en el Diario de Villa María (2023), indicando que “todas las ITS están en aumento”, siendo la sífilis la más frecuente. Advirtió además sobre el incremento del VIH en adultos jóvenes con niveles de instrucción elevados: “La infección por VIH puede afectar a cualquier edad, pero se observa un aumento en adultos jóvenes con formación académica avanzada”. Reafirmó que el preservativo es “la forma más eficaz de prevención”, remarcando que “es el único método que previene” este tipo de infecciones. También advirtió sobre una disociación preocupante en la conducta de los jóvenes: “Buscan cuidarse de un embarazo con métodos anticonceptivos como pastillas o DIU, lo tienen muy claro, pero mientras tanto, las ITS están a la orden del día”.

La ginecóloga de la AP coincidió en que “sigue habiendo sífilis, las cifras son muy altas, pero no debería existir más; tiene cura”. Asimismo, confirmó la presencia de “muchos casos de VIH en los dos extremos etarios” (Entrevista 6, comunicación personal, 2025). Esto refuerza la necesidad de políticas específicas según trayectorias y edades

En conclusión, la sífilis emerge como una preocupación central en Villa María, impulsada por la baja tasa de uso de preservativos en todas las edades y la falta de conciencia sobre el riesgo. La demora en el testeo, la subestimación del riesgo y la ausencia de estrategias municipales de prevención agravan el escenario. La situación en adolescentes y adultos mayores es particularmente preocupante, al igual que la tendencia creciente del VIH en adultos jóvenes. Este diagnóstico subraya

la urgente necesidad de implementar estrategias integrales de prevención, sensibilización, testeo y tratamiento con enfoque territorial y por grupos etarios.

Iniciativas Comunitarias

A pesar de las dificultades identificadas en el acceso a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva en Villa María, las entrevistas también revelan experiencias positivas y recursos valiosos que contribuyen a facilitar el acceso a la información y a promover los derechos dentro de la comunidad.

En el ámbito comunitario, una referente barrial destacó una acción concreta y significativa: "Nosotros acá lo que sí tenemos, por ejemplo, contamos con un botiquín y con métodos anticonceptivos para poder distribuir entre mujeres y jóvenes que se vinculan con el espacio. Hemos tenido algunas charlas acá, y también sé que hay charlas en el CAPS, así que eso me parece positivo" (Entrevista 3, comunicación personal, 2025). Esta iniciativa refleja el compromiso por acercar recursos e información a poblaciones que, en muchos casos, no acceden fácilmente a los servicios de salud tradicionales. La articulación con charlas informativas brindadas en los CAPS sugiere, además, un potencial de colaboración intersectorial entre organizaciones comunitarias y el sistema de salud formal.

La misma referente también valoró la labor de la Mesa de Diversidad, una iniciativa que desarrolla talleres en el barrio, señalando que "Estuvieron hace poco dando una charla, y ya también habían estado otros años." Asimismo, subrayó la participación activa de mujeres del barrio en encuentros de Educación Sexual Integral (ESI), impulsados por la Secretaría de Género municipal: "La Secretaría de Género también, por ahí, nos convoca. Han participado las mujeres de charlas de ESI." (Entrevista 3, comunicación personal, 2025). Estas acciones evidencian esfuerzos sostenidos por acercar información pertinente al territorio, desde una perspectiva de género y con énfasis en la promoción de derechos.

Desde el ámbito educativo, la Coordinadora de un Centro de Promoción Familiar (CPF) compartió una experiencia pionera en la implementación temprana de la ESI: "Se aborda desde la sala de bebés, como lo establece la ley, abordando obviamente los contenidos referidos a la edad de cada uno de los chicos". Un aspecto fundamental de esta propuesta es el involucramiento activo de las familias, a través de distintos talleres participativos. En este marco mencionó un proyecto socio-comunitario sostenido desde hace tres años: "tenemos un proyecto que se llama Mujeres tenían que ser, donde se abordan temáticas que son transversales a todas las mujeres... cosas que nos ocurren a todas. Participan mujeres de distintas edades: adolescentes y mujeres más grandes. Entonces también se habla de la cuestión reproductiva, de la cuestión sexual, en las diferentes etapas como las hemos ido viviendo a lo largo de nuestras vidas y en los procesos que nos ha tocado vivir como mujeres." En estos espacios, según la directora, "surgen muchas preguntas y consultas con respecto a los derechos sexuales y reproductivos." (Entrevista 8, comunicación personal, 2025)

Finalmente, destacó el trabajo articulado con el CAPS Sebastián Carbó: "trabajamos en conjunto con el CAPS Sebastián Carbó; ellos nos ayudan..." (Entrevista 8, comunicación personal, 2025)

En síntesis, estas iniciativas comunitarias y educativas en Villa María demuestran un valioso compromiso por la promoción de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, complementando las acciones del sistema formal de salud.

Conclusión del diagnóstico

El análisis integral y ampliado de las entrevistas confirma una realidad compleja en Villa María respecto al acceso a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Aunque existen marcos normativos, recursos institucionales y experiencias locales valiosas, persisten obstáculos estructurales que limitan su implementación efectiva. Las brechas identificadas no solo se vinculan a la disponibilidad de insumos, sino también a barreras simbólicas, culturales e institucionales.

Al mismo tiempo, se identifican acciones comunitarias y educativas con alto potencial de articulación Estado–territorio, cuya sostenibilidad en el tiempo aparece como condición clave para consolidar avances. Estas iniciativas deben integrarse en una estrategia municipal más amplia y coordinada

En este contexto, si bien se registran progresos en cuidados integrales y políticas de inclusión, aumentan las infecciones de transmisión sexual, con brechas que afectan con especial intensidad a mujeres, adolescentes y población LGBTIQ+ de barrios periféricos. El desplazamiento de servicios críticos (ginecología, ecografía, IVE) hacia la Asistencia Pública céntrica, junto con intermitencias en la provisión de insumos (preservativos, anticonceptivos y medicamentos) sujetas a decisiones supra-municipales, profundiza desigualdades territoriales.

A la luz de este escenario, el derecho a la salud reproductiva exige una respuesta local que integre promoción, prevención, testeo y tratamiento; atención de VIH e ITS; manejo del aborto como problema de salud pública; y provisión de anticoncepción de calidad —incluida la anticoncepción de emergencia—, con enfoque de derechos, género y diversidad.

En consecuencia, este Trabajo Final de Grado propone fortalecer las estrategias municipales en APS para el abordaje de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva en Villa María, mediante un dispositivo territorial e intersectorial que amplíe el acceso a lo largo del curso de vida y reduzca brechas de cobertura. Se busca así consolidar una política pública local estable que garantice una sexualidad libre y plena, el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso oportuno a la IVE conforme al marco normativo vigente, todo ello guiado por equidad, no discriminación y respeto por las identidades y autonomías de las personas.

MARCO TEÓRICO

El presente trabajo se apoya en un conjunto de conceptos que permiten comprender la salud desde una perspectiva integral, social y de derechos. Entre ellos, se destacan las políticas públicas,

entendidas como herramientas del Estado para garantizar el bienestar colectivo; la salud colectiva, que concibe la salud como construcción social y política; y la Atención Primaria de la Salud (APS), como estrategia orientada a la equidad, la prevención y la participación comunitaria.

Asimismo, los enfoques de territorialidad e intersectorialidad aportan una mirada situada y articuladora, indispensable para abordar los determinantes sociales de la salud. Finalmente, los derechos sexuales y (no) reproductivos se asumen como dimensión esencial del derecho a la salud, guiando la necesidad de políticas locales con perspectiva de género, diversidad y justicia social.

Políticas públicas y salud colectiva: una mirada desde los derechos humanos

No existe una definición unívoca de políticas públicas, pero la mayoría de los autores coinciden en entenderlas como acciones —o también inacciones— del Estado orientadas a abordar, transformar o administrar determinadas problemáticas sociales (Oszlak y O'Donnell, 1995). Estas decisiones no son neutras: implican conflictos, negociaciones y acuerdos entre actores con distintos intereses y capacidades de influencia. En este sentido, las políticas públicas constituyen un campo de disputa, donde se expresan tanto las orientaciones del Estado como las relaciones de poder existentes en la sociedad.

Como muestran diversos estudios sobre el Estado y la acción pública, las políticas públicas deben entenderse como el resultado de procesos de interacción entre actores estatales y no estatales, atravesados por relaciones de poder y por las capacidades institucionales disponibles para intervenir (Castellani, 2018; Bertranou, 2015). Desde esta perspectiva, las políticas no responden únicamente a criterios técnicos, sino a situaciones históricas concretas y a correlaciones de fuerza que condicionan su orientación y su implementación.

Por su parte, Vommaro (2022) sostiene que “las políticas públicas son escenarios donde se enfrentan distintas formas de entender lo común, y donde el Estado se redefine en su vínculo con la sociedad” (p. 54). Desde esta perspectiva, las políticas se constituyen en espacios de disputa simbólica y práctica, donde diferentes actores sociales buscan incidir en la definición de los problemas públicos y en las formas de resolverlos. Este aporte resulta relevante para comprender las tensiones presentes en las políticas de salud sexual y reproductiva.

En esta línea, los enfoques de gobernanza multinivel destacan la importancia de la articulación entre los distintos niveles del Estado —nacional, provincial y municipal— para garantizar la efectividad y sostenibilidad de las políticas públicas. Desde esta perspectiva, los gobiernos subnacionales no son meros ejecutores de decisiones nacionales, sino actores con autonomía relativa, capaces de adaptar e innovar las políticas según las condiciones locales (Pastrana & Sánchez, 2014; CEPAL, 2020).

Esta perspectiva resulta especialmente relevante para el análisis de las políticas de salud, ya que permite comprender cómo los municipios adquieren un rol estratégico en la implementación y sostenimiento de programas que promueven la equidad y el acceso a derechos.

De manera complementaria, Basualdo (2019) aporta una mirada estructural al sostener que las políticas públicas expresan el modo en que las fuerzas sociales y económicas en pugna logran incidir en la orientación del Estado, evidenciando que son también instrumentos de poder cuya direccionalidad depende del proyecto político dominante y de las correlaciones de fuerza en cada momento histórico. Desde esta mirada, cualquier política de salud debe leerse también en su contexto sociopolítico.

En el campo de la salud colectiva, esta concepción política y conflictiva de las políticas públicas resulta particularmente relevante. Las políticas de salud no pueden reducirse a la provisión de servicios o programas biomédicos, sino que deben comprenderse como procesos sociales y políticos orientados a garantizar el derecho a la salud (Breilh, 2013). Desde esta mirada, la salud se entiende como una construcción social, resultado de determinaciones históricas, culturales, económicas y ambientales, y no simplemente como la ausencia de enfermedad. Este marco amplía la mirada biomédica e incorpora dimensiones subjetivas y estructurales.

El enfoque de derechos humanos constituye aquí el eje normativo y ético que orienta las políticas hacia la equidad, la participación y la justicia social, situando al Estado —y particularmente a los gobiernos locales— como garantes activos de los derechos y promotores del bienestar colectivo. En este sentido, las políticas públicas se vuelven herramientas de transformación social en tanto logran modificar las condiciones estructurales que generan desigualdad y exclusión.

El reconocimiento de la salud como un fenómeno multidimensional fue formulado tempranamente por Marc Lalonde (1974), quien señaló que “la salud no depende únicamente de los servicios médicos, sino que está determinada por factores como el estilo de vida, el ambiente y la biología humana” (p. 23). Esta idea constituyó un punto de inflexión, desplazando el foco desde la enfermedad hacia una visión integral de la salud.

Décadas después, la salud colectiva consolidó esta perspectiva al integrar la dimensión subjetiva, histórica y social en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención (De Sousa Campos, 2001). Este enfoque permite vincular salud, territorio, género y desigualdades.

Como señalan Ase y Burijovich (2009), este cambio de paradigma implica pasar de una perspectiva explicativa y utilitaria a una interpretativa y transdisciplinaria, que reconozca a los sujetos como protagonistas activos en la producción de su propia salud. Así, las políticas públicas deben orientarse no solo a resolver problemas, sino a generar condiciones de vida dignas, promover autonomía y fortalecer el tejido social. Esta noción resulta clave para pensar intervenciones locales con perspectiva comunitaria.

En este marco, la salud colectiva se presenta como un campo interdisciplinario que articula saberes y prácticas desde la medicina, las ciencias sociales y la salud pública, proponiendo una comprensión integral y emancipadora de la salud. Este enfoque permite vincular los principios de las políticas públicas con el derecho a la salud, promoviendo estrategias participativas, territoriales e

intersectoriales que reconozcan las diversidades, las desigualdades y las dinámicas locales. De allí su relevancia como base conceptual del proyecto.

Por ello, estrategias como la Atención Primaria de la Salud (APS), la territorialidad y la articulación intersectorial se vuelven pilares esenciales para construir sistemas de salud más justos, inclusivos y sostenibles, en los que las políticas públicas dejen de ser respuestas aisladas para convertirse en procesos de transformación social de largo plazo.

Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de la Salud (APS) se presenta como una estrategia clave para hacer operativos los principios del derecho a la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”, lo que permite fundamentar políticas que integren prevención, promoción, cuidados clínicos y participación comunitaria.

El hito fundacional de esta propuesta fue la Declaración de Alma-Ata (1978), que definió a la APS como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables...”, subrayando la importancia del acceso universal.

Este compromiso fue reafirmado 40 años después en la Declaración de Astaná (2018), que actualiza y fortalece la visión de la APS como elemento central para alcanzar la cobertura sanitaria universal. La recuperación del principio de “salud para todos” refuerza la obligación estatal de garantizar accesibilidad.

La APS representa un cambio de paradigma: desplaza la atención desde el tratamiento de la enfermedad hacia una visión integral centrada en la prevención, el cuidado y la participación comunitaria, constituyendo un pilar estratégico para implementar políticas públicas de salud con enfoque de derechos y equidad (Di Virgilio, 2017). Su desarrollo en el nivel municipal resulta fundamental para este proyecto.

Territorialidad

Las políticas de salud adquieren sentido en relación con los territorios donde se implementan. Las desigualdades territoriales producen desigualdades en salud, y por eso resulta fundamental comprender el territorio no solo como un espacio físico, sino como una trama de relaciones sociales, históricas y culturales.

Massey (1984) señala que “cada lugar es el foco de una mezcla distinta de relaciones sociales más amplias y más locales, y esta misma mezcla aglutinada en un mismo lugar puede producir efectos que no tendrían lugar de otro modo” lo que explica por qué las condiciones del contexto moldean las oportunidades de acceso a la salud. Merhy y Franco (2003) amplían esta idea, entendiendo el

territorio como un espacio donde confluyen dimensiones políticas, económicas y culturales que afectan las prácticas sanitarias.

Asimismo, Harvey (2008) plantea que el territorio es también una cuestión de poder, donde se disputan recursos, derechos y posibilidades de vida. Desde esta perspectiva, la justicia espacial y la equidad territorial son elementos indispensables para diseñar políticas públicas que respondan a las necesidades reales de cada comunidad.

En este marco, la elección del CIC Nicolás Avellaneda como sede del Programa se justifica por su ubicación en un sector con barreras estructurales y su rol como nodo comunitario con legitimidad social.

Intersectorialidad

Ante la complejidad y multicausalidad de las problemáticas que enfrenta la salud pública, estrechamente vinculadas con factores sociales, económicos y ambientales, la articulación intersectorial se presenta como un imperativo y un requisito esencial para potenciar la incidencia y efectividad de las políticas públicas en salud. (Cunill, 2005, p. 37) conceptualiza la intersectorialidad como integración política y técnica entre sectores. Este marco permite sustentar la articulación propuesta entre Salud, Género, Educación, Desarrollo Social y comunidad.

La intersectorialidad democratiza la toma de decisiones en salud, promoviendo la corresponsabilidad entre sectores públicos, organizaciones sociales y ciudadanía. En este sentido, se vincula directamente con la construcción de valor público y con la perspectiva de salud colectiva.

Derechos sexuales y (no) reproductivos

En el apartado anterior abordamos el concepto de intersectorialidad. A continuación, nos centraremos en enmarcar los derechos sexuales y (no) reproductivos desde un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.

La noción de derechos de salud reproductiva fue incorporada en el ámbito de Naciones Unidas a partir de dos conferencias internacionales que se han convertido en hitos para los derechos de salud reproductiva de las mujeres a nivel global: El Cairo (1994) y Beijing (1995) (Scavone, 1999).

La importancia de la Conferencia de El Cairo radica en que “lo sexual” ingresó en el lenguaje de los derechos humanos, reconociendo a las mujeres como sujetos de derechos y señalando que la violación de sus derechos constituye un atentado a los derechos humanos (Ortiz Ortega, 2008).

Posteriormente, en la Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing en 1995, se adoptó un enfoque de género que reafirmó que los derechos de las mujeres son derechos humanos y que la igualdad entre los géneros es una cuestión de interés universal y de beneficio para todos. Destacó

que “es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre” (Beijing, 1995, párrafo 9).

De acuerdo con estas conferencias, la salud reproductiva se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social —y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia— en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos; mientras que la salud sexual significa tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; esto es, libre de enfermedad, lesiones, violencia, discapacidad, dolor innecesario o riesgo de muerte (Guevara Ríos, 2022).

Sin embargo, la definición de salud reproductiva no contempló inicialmente la interrupción voluntaria del embarazo, lo que generó amplios debates debido a la oposición del Vaticano y su defensa del “derecho a la vida desde la concepción” (Brown, 2014, p. 14).

Siguiendo a esta autora, el término derechos (no) reproductivos y sexuales incluye tres aspectos: 1) la seguridad en la reproducción y los eventos relacionados con ello; 2) anticoncepción y aborto, es decir, los aspectos de la opción no reproductiva; y 3) el libre ejercicio de la sexualidad. Asimismo, Brown señala que el consenso internacional en torno a la salud reproductiva suele excluir el debate sobre el aborto y sobre las sexualidades no heteronormativas-reproductivas (p. 20).

Por último, es importante destacar que la garantía de los derechos sexuales y (no) reproductivos es fruto de la lucha del movimiento de mujeres y feministas. El movimiento de las mujeres por los derechos reproductivos tiene su punto de origen en las luchas concretas por lograr autonomía a partir del control de su cuerpo y el ejercicio de una sexualidad libre del mandato por una maternidad y heterosexualidad obligatorias (Yuval-Davis, 1997, p. 16).

En el marco local, estos principios orientan la necesidad de consolidar programas municipales que garanticen el acceso universal a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, reconociendo las diversidades y la autonomía de las personas. Este enfoque se integra al campo de la salud colectiva y a la estrategia de APS, configurando la base conceptual del presente proyecto.

MARCO INSTITUCIONAL

El proyecto se inscribe en la Municipalidad de Villa María, ámbito de gobierno local que tiene la responsabilidad de diseñar y ejecutar políticas públicas que respondan a las necesidades de la comunidad. En materia de salud, la Municipalidad asume la obligación de garantizar el derecho al acceso universal, equitativo e integral, en consonancia con los marcos normativos nacionales e internacionales (OMS, 2008). Este rol implica desarrollar estrategias locales que traduzcan estos marcos en prácticas concretas y situadas.

Dentro de esta estructura, la Secretaría de Salud es el organismo rector encargado de planificar, coordinar y supervisar los servicios sanitarios locales. Su misión consiste en promover la salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, asegurando

cercanía territorial y atención con perspectiva de derechos. Además, define programas estratégicos en áreas como salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, vacunación, salud mental, discapacidad y enfermedades crónicas. La Secretaría dispone de equipos interdisciplinarios, infraestructura en distintos barrios y sistemas de información epidemiológica que permiten orientar la toma de decisiones (Franco-Giraldo & Álvarez-Dardet, 2008).

El primer nivel de atención se organiza a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), que constituyen la puerta de entrada al sistema municipal. Los CAPS acercan los servicios de salud a la población, garantizando accesibilidad y continuidad en el cuidado, y funcionan como espacios de referencia comunitaria donde se realizan consultas médicas, controles preventivos, consejerías, vacunación y talleres de promoción de la salud (OPS, 2021).

La Asistencia Pública Dr. Jose Corigliano cumple un rol central como dispositivo de atención de urgencias y emergencias médicas en la ciudad. Además de su función asistencial inmediata, articula con los CAPS y el Hospital Regional Pasteur para garantizar la continuidad de cuidados y la derivación adecuada de pacientes, reforzando la red sanitaria municipal. Esta articulación es clave para resolver situaciones de mayor complejidad vinculadas a la salud sexual y reproductiva.

Finalmente, el Centro Integrador Comunitario (CIC) Nicolás Avellaneda constituye un espacio estratégico en la periferia urbana, al combinar atención primaria con promoción comunitaria y social. Creado bajo lineamientos nacionales y gestionado localmente, el CIC no solo brinda servicios sanitarios, sino que también funciona como nodo de encuentro comunitario, con programas sociales, talleres y actividades barriales. Su carácter interdisciplinario y su ubicación en un sector con mayores barreras de acceso lo convierten en un dispositivo clave para implementar este proyecto, asegurando cercanía territorial y participación de la comunidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

En conjunto, la Municipalidad desde la Secretaría de Salud, la red de CAPS, la Asistencia Pública y el CIC Nicolás Avellaneda conforman el entramado institucional que garantiza la viabilidad y sostenibilidad del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva en la ciudad de Villa María.

FINALIDAD

- **Contribuir a un modelo de salud colectiva integral, equitativo y participativo**, que asegure el acceso territorial, la continuidad de cuidados y la articulación entre los distintos niveles, promoviendo prácticas de cuidado más libres, igualitarias y respetuosas de la diversidad.
- **Contribuir a disminuir la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no intencionales**, mediante acciones de prevención, diagnóstico temprano y acompañamiento integral desde la Atención Primaria de la Salud.

Los fines del proyecto se orientan, en primer lugar, a fortalecer un modelo de salud colectiva integral, equitativo y participativo, que garantice el acceso territorial a la atención, mejore la continuidad de los cuidados y promueva la articulación entre los diferentes efectores del sistema de salud. Este enfoque, centrado en la diversidad y en las necesidades reales de los territorios, impulsa prácticas de cuidado más libres, igualitarias y respetuosas de las decisiones y trayectorias de las personas.

En segundo lugar, el proyecto propone contribuir a disminuir la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no intencionales, a través de estrategias sostenidas de prevención, diagnóstico oportuno y acompañamiento integral. Estas acciones se inscriben en un enfoque de salud colectiva que integra la perspectiva de género, la educación sexual integral y la promoción de prácticas de cuidado seguras y accesibles para toda la comunidad.

PROPÓSITO DEL PROYECTO

El propósito central del presente proyecto es fortalecer el acceso equitativo, integral y sostenido a los servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva en la Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Villa María, con perspectiva de derechos, género y diversidad. Hablar de un acceso equitativo significa garantizar que todas las personas, especialmente mujeres, adolescentes, trabajadoras sexuales y población LGBTIQNB+, puedan recibir la misma calidad de atención, compensando las desigualdades estructurales que enfrentan determinados grupos (OPS, 2021).

El acceso integral refiere a la provisión de servicios que no se limiten a la entrega de insumos, sino que incluyan promoción, prevención, consejerías, atención clínica, acompañamiento psicosocial y derivaciones oportunas, entendiendo la salud sexual como un derecho que abarca dimensiones físicas, emocionales y sociales (OMS, 2005; De Sousa Campos, 2001). Finalmente, un acceso sostenido implica la continuidad y estabilidad de los servicios en el tiempo, evitando interrupciones por cambios de gestión o coyunturas políticas, y asegurando recursos, insumos y equipos capacitados de manera permanente (Franco-Giraldo Álvarez-Dardet, 2008).

La importancia de este propósito radica en que responde a una necesidad identificada en el diagnóstico territorial: el acceso deficiente, fragmentado y desigual a los servicios, especialmente en los grupos mencionados. A diferencia de los marcos normativos y programas nacionales y provinciales que han avanzado en la provisión de insumos y en la definición de lineamientos, este proyecto aporta un valor original al plantear una estrategia local, integral y sostenida que atienda las particularidades del territorio, que atienda las particularidades del territorio desde la Atención Primaria de la Salud (APS).

Su enfoque territorial y participativo permite adaptar las políticas nacionales a las realidades concretas de Villa María, fortaleciendo la cercanía entre el sistema de salud y la comunidad. La creación de un dispositivo municipal específico en el CIC Nicolás Avellaneda permitirá articular la oferta de servicios, mejorar la difusión comunitaria, sistematizar datos para la toma de decisiones y atender problemáticas frecuentemente invisibilizadas, como la salud menstrual y la menopausia.

La factibilidad del proyecto se fundamenta en la existencia de recursos institucionales previos, como la red de CAPS y el propio CIC, que cuentan con equipos interdisciplinarios y experiencia en la atención comunitaria. Se sustenta también en la participación de la Universidad Nacional de Villa María (UNVM), que aporta investigación, formación y monitoreo, así como en la legitimidad social garantizada por organizaciones barriales, colectivos LGBTIQNB+ y referentes comunitarios.

En este sentido, la propuesta no solo promueve el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y (no) reproductivos, sino que busca consolidar una política pública local innovadora, sostenible y replicable, que se integre al entramado provincial y nacional, pero que al mismo tiempo responda a las necesidades específicas y a las particularidades socioterritoriales de la población de Villa María.

COMPONENTES

El presente proyecto de intervención tiene previsto el desarrollo de los siguientes componentes y actividades respectivas, para alcanzar su propósito.

Cada componente se articula entre sí, conformando un sistema integral que combina gestión institucional, participación comunitaria y producción de conocimiento.

1. Creación del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva formalizado por ordenanza

- 1.1 Redactar el anteproyecto de ordenanza con perspectiva de género y derechos.
- 1.2 Validar participativamente el anteproyecto en mesas y talleres con actores locales.
- 1.3 Presentar el anteproyecto al Concejo Deliberante para su aprobación y publicación.
- 1.4 Designar coordinación, equipo técnico y espacio físico en el CIC Nicolás Avellaneda.

Este componente constituye el eje estructural del proyecto, ya que busca institucionalizar la política local de salud sexual, reproductiva y no reproductiva mediante una ordenanza municipal. Su creación permitirá dotar de continuidad, legitimidad y recursos propios a las acciones que actualmente se desarrollan de manera fragmentada.

2. Conformación de la Red Interinstitucional de articulación para la atención integral en salud sexual y reproductiva

- 2.1 Realizar el mapeo de actores clave vinculados a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva.
- 2.2 Conformar la Red de Salud Sexual y Reproductiva. integrada por referentes del municipio, el sistema de salud, instituciones educativas, organizaciones sociales, colegios profesionales y la Universidad Nacional de Villa María.
- 2.3 Firmar convenios de colaboración y protocolos de derivación interinstitucional.
- 2.4 Implementar un circuito municipal de seguimiento de derivaciones en salud sexual y reproductiva.

Este componente busca construir una red articulada entre instituciones municipales, provinciales, educativas y comunitarias, orientada a garantizar la atención integral en salud sexual y reproductiva.

La articulación intersectorial permitirá optimizar recursos, evitar superposiciones, fortalecer los circuitos de derivación y asegurar la continuidad de cuidados.

3. Diseño y puesta en marcha de la Capacitación continua del personal de salud y referentes comunitarios con perspectiva de género y derechos

- 3.1 Realizar un diagnóstico de necesidades formativas y priorizar temáticas junto a la UNVM y colegios profesionales.
- 3.2 Diseñar el programa anual de capacitación con certificación académica y metodologías participativas.
- 3.3 Seleccionar y capacitar formadores/as internos/as en salud sexual, género y derechos.
- 3.4 Implementar un sistema de registro y seguimiento de capacitaciones para monitorear participación, impacto y evaluación continua.

Este componente busca fortalecer las capacidades institucionales y garantizar una atención con enfoque integral, de género y de derechos en el primer nivel de atención. La formación continua permitirá unificar criterios, mejorar la calidad de atención y reducir la reproducción de prácticas discriminatorias.

4. Generación de Estrategia de Comunicación Comunitaria clara, accesible y sostenida

- 4.1 Diseñar una campaña integral de comunicación con lenguaje inclusivo.
- 4.2 Habilitar un canal confidencial de consultas (WhatsApp o línea telefónica).
- 4.3 Crear un banco digital de recursos para equipos de salud y referentes comunitarios.
- 4.4 Organizar jornadas de sensibilización comunitaria en salud sexual, reproductiva y no reproductiva, destinadas a adolescentes, mujeres y diversidades.

Este componente busca garantizar el derecho a la información mediante estrategias comunicacionales sostenidas y libres de estigmas, favoreciendo la participación y el acceso equitativo a los servicios. También busca promover información confiable, reducir barreras simbólicas y fortalecer la autonomía comunitaria en la toma de decisiones.

5. Incorporación de la Atención Integral en Salud Menstrual y Menopausia

- 5.1 Diagnosticar las necesidades y barreras de acceso en la población objetivo.
- 5.2 Garantizar la provisión gratuita de insumos para la gestión menstrual en los CAPS.
- 5.3 Desarrollar talleres y consejerías interdisciplinarias sobre salud menstrual y menopausia.
- 5.4 Incorporar indicadores específicos de salud menstrual y menopausia en los registros municipales.

Este componente amplía el concepto de salud sexual más allá de la reproducción, visibilizando procesos biológicos y sociales históricamente postergados, con enfoque de derechos y perspectiva de género. Introduce un enfoque de curso de vida que reconoce necesidades particulares de niñas, adolescentes, mujeres adultas y personas menstruantes.

6. Desarrollo e Implementación del Subsistema Municipal de Información en Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva en articulación con la UNVM

- 6.1** Formalizar la firma del convenio y el acuerdo de trabajo entre la Secretaría de Salud y la UNVM, a fin de garantizar el marco institucional necesario para el desarrollo del subsistema de registro y las acciones posteriores.
- 6.2** Relevar los registros sanitarios actualmente utilizados en CAPS, Asistencia Pública y CIC, identificando vacíos, duplicaciones y criterios dispares, para evaluar su integración al sistema municipal CLINIA.
- 6.3** Diseñar, junto al Observatorio de Políticas Públicas de la UNVM, un subsistema específico estandarizado de registro y sistematización de datos en salud sexual, reproductiva y no reproductiva.
- 6.4** Capacitar a los equipos de salud en criterios de registro, carga de datos y uso del subsistema.

La articulación con la Universidad Nacional de Villa María permitirá incorporar rigor metodológico, continuidad técnica y legitimidad académica en la evaluación del programa, al igual que experiencias exitosas como la de Olavarría.

De este modo, se garantiza la producción sistemática de información epidemiológica local, necesaria para orientar recursos, identificar brechas territoriales y consolidar una política pública basada en evidencia.

DESTINATARIOS Y LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto se orienta a un conjunto amplio de destinatarios definidos a partir del diagnóstico territorial de la ciudad de Villa María, Córdoba. Se trata de una localidad del interior argentino con una población de aproximadamente 96.000 habitantes (INDEC, 2022), ubicada estratégicamente en el centro geográfico de la provincia y reconocida como un polo regional de servicios educativos, sanitarios y sociales. La ciudad concentra una fuerte dinámica universitaria —con la Universidad Nacional de Villa María y distintas instituciones terciarias—, además de un sistema de salud mixto conformado por la Asistencia Pública municipal, el Hospital Regional Pasteur de referencia provincial, y una red de 13 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Esta configuración convierte a Villa María en un espacio propicio para el desarrollo de políticas públicas locales en el ámbito de salud con impacto tanto en la ciudad como en localidades vecinas que recurren a sus servicios de mayor complejidad.

Según datos del Centro Estadístico de Villa María (2024), las mujeres representan el 53,33 % de la población local. Al analizar la cobertura sanitaria por género, se estima que 44 de cada 100 mujeres poseen algún tipo de cobertura de salud: el 37,81 % mediante obra social y el 5,69 % por prepaga. En los barrios periféricos se observa una mayor proporción de personas sin cobertura médica en comparación con la media de la ciudad, lo que evidencia desigualdades territoriales en el acceso a la atención sanitaria. Estos datos respaldan la necesidad de fortalecer la red pública municipal, especialmente en salud sexual, reproductiva y no reproductiva, con enfoque de equidad y derechos.

En este contexto, los destinatarios directos del proyecto son los sectores de la población que enfrentan barreras más significativas en el acceso a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. La identificación de estos grupos se basa en criterios de vulnerabilidad sanitaria y social, priorizando el principio de equidad territorial. Se incluyen las mujeres en edad fértil, con demandas vinculadas al control ginecológico, la anticoncepción y la prevención de ITS; las mujeres en etapa de climaterio y menopausia, que permanecen invisibilizadas en las políticas públicas tradicionales; adolescentes y jóvenes, que en Villa María representan más del 20% de la población y constituyen un grupo particularmente vulnerable frente a embarazos no intencionales y prácticas sexuales sin protección; trabajadoras sexuales, colectivo que carece de programas municipales específicos de acompañamiento sanitario; y personas LGBTIQNB+, que requieren un abordaje inclusivo y libre de discriminación en el sistema de salud. También se contemplan personas con capacidad de gestar en situación de vulnerabilidad social y personas menstruantes, incorporando la salud menstrual como dimensión integral de derechos.

Los destinatarios indirectos son las familias de la ciudad, las instituciones educativas y comunitarias, y la sociedad en general. Este grupo se beneficiará de la sensibilización sobre derechos sexuales y reproductivos y de la instalación de prácticas más equitativas en salud. Asimismo, dado que Villa María funciona como ciudad-región, se prevé que la propuesta tenga un impacto en localidades cercanas que acuden regularmente a sus servicios de mayor complejidad.

La localización concreta del proyecto será el Centro Integrador Comunitario (CIC) del barrio Nicolás Avellaneda ubicado en la intersección de las calles Salta y La Quiaca, dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María. El barrio se caracteriza por su alta densidad poblacional y por presentar sectores con vulnerabilidad socioeconómica, lo que hace del CIC un espacio estratégico para acercar servicios a quienes más lo necesitan.

El CIC combina atención sanitaria de primer nivel, servicios administrativos como el Registro Civil, atención a los vecinos a través del MuniCerca y un Centro de Promoción Familiar, lo que lo convierte en un nodo estratégico de intervención territorial. La elección de este espacio responde a la necesidad de ubicar el dispositivo en un lugar de cercanía con la comunidad, con legitimidad social, infraestructura disponible y una articulación consolidada con otras áreas municipales y organizaciones barriales.

En suma, la ciudad de Villa María ofrece un escenario de alta potencialidad para el desarrollo de la propuesta, tanto por su tamaño poblacional intermedio que permite ensayar políticas locales innovadoras, como por su relevancia regional que amplifica los efectos de la intervención. La identificación de destinatarios específicos y la elección del CIC Nicolás Avellaneda como sede aseguran que el proyecto llegue a quienes enfrentan mayores desigualdades, al mismo tiempo que fortalece el sistema de salud municipal en su conjunto.

METODOS Y TECNICAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Como se mencionó anteriormente, el presente proyecto de intervención tiene como propósito fortalecer el acceso equitativo, integral y sostenido a los servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva en la Atención Primaria de la Salud (APS) de la ciudad de Villa María. Este objetivo se concretará mediante la creación y puesta en marcha del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva, cuya formalización se realizará a través de una ordenanza municipal.

El programa se constituirá como un ámbito institucional destinado a garantizar el acceso equitativo y sostenido a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, fortaleciendo la articulación entre los distintos niveles del sistema de salud y los actores comunitarios, educativos y sociales de la ciudad.

Las principales actividades que se desarrollarán en el marco del programa estarán orientadas a la promoción de derechos, la prevención de problemáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, la capacitación de equipos interdisciplinarios, la creación de un subsistema municipal de registro y sistematización de datos y la participación comunitaria en la construcción de políticas públicas locales. Asimismo, se buscará consolidar un modelo de gestión territorial que combine la planificación técnica con la participación social, garantizando la sostenibilidad del programa a largo plazo. La articulación con la Universidad Nacional de Villa María (UNVM) será un componente metodológico central para asegurar rigurosidad en el monitoreo, evaluación y análisis de datos.

1. Institucionalización y validación participativa del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva

Este componente tiene como finalidad la institucionalización del programa a través de una ordenanza municipal que le otorgue legitimidad, recursos y continuidad en el tiempo.

La creación y puesta en marcha del Programa Municipal será validada participativamente mediante mesas y talleres con actores locales del ámbito sanitario, educativo, social y comunitario. Estas instancias permitirán revisar colectivamente los objetivos, estrategias y alcances del programa antes de su presentación formal al Concejo Deliberante.

La Secretaría de Salud será el organismo rector y articulará con las demás áreas municipales involucradas —Secretaría de Derechos Humanos y Territorio, Secretaría de Educación, Secretaría de Gobierno, Cultura y Relaciones Institucionales— garantizando un abordaje integral, territorial y comunitario. Esta articulación intersectorial permitirá que el Programa se inserte en las dinámicas locales existentes y responda coherentemente a las necesidades detectadas en el diagnóstico.

En complemento, la Universidad Nacional de Villa María (UNVM) acompañará el proceso a través del Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales (IAPCS) y del Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Humanas (IAPCH), aportando asistencia técnica, herramientas metodológicas y rigurosidad en el monitoreo, la sistematización y la evaluación.

Una vez validado y presentado, el programa será formalmente creado mediante ordenanza municipal, que establecerá su estructura, funciones, coordinación técnica y vinculación con el sistema de salud local.

El Centro Integrador Comunitario (CIC) Nicolás Avellaneda será el espacio operativo central del programa. Desde allí se coordinarán las atenciones, talleres, consejerías, capacitaciones y el registro de información sanitaria. Ubicado en un barrio con fuerte inserción social, el CIC se constituirá como un punto estratégico de referencia, capaz de articular la atención de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), la Asistencia Pública y el Hospital Regional Pasteur.

2. Conformación de la Red Integral en Salud Sexual y Reproductiva

La Red Interinstitucional de Salud Sexual y Reproductiva se conformará como un espacio permanente de articulación entre los distintos niveles del sistema de salud —municipal y provincial—, instituciones educativas, organizaciones sociales, colegios profesionales y la Universidad Nacional de Villa María (UNVM). En el ámbito municipal, participarán los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), la Asistencia Pública, el CIC Nicolás Avellaneda y las áreas involucradas de la Secretaría de Salud. A nivel provincial, se integrarán el Hospital Regional Pasteur y los programas provinciales de salud sexual y reproductiva.

La Universidad Nacional de Villa María (UNVM) cuenta con tres institutos académicos; en el marco de este proyecto participarán dos de ellos: el Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales (IAPCS) y el Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Humanas (IAPCH). Ambos trabajarán junto al Observatorio de Políticas Públicas, que aportará asistencia técnica para el análisis, sistematización y monitoreo de la información.

También formarán parte organizaciones sociales y comunitarias, colectivos LGBTIQNB+, instituciones educativas, clubes, centros de promoción familiar, colegios profesionales vinculados a la salud, iglesias y comedores comunitarios. Esta composición plural garantizará una mirada interdisciplinaria, territorial y participativa, favoreciendo la continuidad de cuidados, la definición de circuitos de derivación y la construcción de lineamientos comunes para la implementación del Programa.

La gestión de la Red estará a cargo de la Coordinación del Programa, con sede en el Centro Integrador Comunitario (CIC) Nicolás Avellaneda, que actuará como nodo operativo y administrativo de la articulación interinstitucional.

El funcionamiento de la Red se organizará a través de mesas bimestrales convocadas por el CIC, donde se analizarán derivaciones, circuitos de atención y problemáticas emergentes. Como primer paso, se realizará un mapeo de actores institucionales y comunitarios vinculados a la salud sexual y reproductiva, para identificar los recursos disponibles y los posibles puntos de coordinación.

Posteriormente, se procederá a la firma de convenios de cooperación y protocolos de derivación, que formalizarán los compromisos de cada institución participante. El circuito municipal de derivaciones

funcionará de manera integrada, estableciendo un flujo de atención desde los CAPS hacia el CIC, y de allí, según la complejidad del caso, a la Asistencia Pública o al Hospital Regional Pasteur. Este esquema permitirá asegurar la continuidad de cuidados, la trazabilidad de los casos y la comunicación fluida entre los equipos.

3. Capacitación y Formación Continua

Las capacitaciones se desarrollarán principalmente en el Centro Integrador Comunitario (CIC) Nicolás Avellaneda y en las instalaciones de la Universidad Nacional de Villa María (UNVM) para aquellas instancias que requieran espacios académicos o equipamiento específico.

Se implementarán dos líneas formativas diferenciadas:

- Una destinada al personal sanitario municipal (médicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales y promotoras/es de salud), con foco en la actualización técnica y la incorporación del enfoque de género y derechos en la práctica profesional.
- Otra dirigida a referentes comunitarios pertenecientes a las instituciones que integran la Red Interinstitucional, tales como centros vecinales, instituciones educativas, organizaciones sociales y clubes barriales. En algunos casos, la convocatoria será abierta a la comunidad, para favorecer la participación de personas interesadas en desempeñarse como agentes comunitarios de promoción en salud.

Para garantizar la calidad técnica y la certificación académica, se firmará un Convenio de Cooperación entre la Secretaría de Salud Municipal y la Universidad Nacional de Villa María (UNVM). La articulación se desarrollará particularmente con el Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales (IAPCS) —a través de carreras como Desarrollo Local–Regional, Ciencia Política, Sociología, Trabajo Social y Comunicación Social—, y con el Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Humanas (IAPCH), involucrando las áreas de Medicina, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional y la Licenciatura en Enfermería.

Esta vinculación permitirá fortalecer el enfoque interdisciplinario del Programa y promover la participación de equipos docentes, estudiantes y profesionales en acciones de capacitación, extensión y apoyo técnico en territorio,

Las capacitaciones combinarán teoría, práctica y análisis de casos reales, con frecuencia trimestral y modalidad presencial o mixta, según los contenidos y las necesidades de cada grupo. Entre los posibles ejes de formación —que podrán ajustarse de acuerdo con las demandas territoriales y del personal de salud— se incluyen:

- Actualización en salud sexual, reproductiva y no reproductiva: enfoque integral, diversidad corporal, perspectiva de género y derechos.

- Consejería en salud sexual y reproductiva: acompañamiento, escucha activa, autonomía progresiva en adolescentes y herramientas conversacionales.
- Protocolos de atención en APS: acceso a métodos anticonceptivos, atención post-evento obstétrico, consejería pre y post test de ITS/VIH.
- Salud menstrual y menopausia: abordajes integrales, despatologización y acceso a insumos.
- Diversidades sexuales y de género: abordajes libres de violencia, implementación de la Ley de Identidad de Género y prácticas de atención inclusivas.
- Detección temprana y manejo inicial de ITS: sífilis, VIH, HPV; circuitos de derivación y notificación.
- Prevención y abordaje de violencias por motivos de género: detección, acompañamiento, protocolos interinstitucionales.
- Comunicación comunitaria y ESI en territorio: herramientas pedagógicas para talleres, participación barrial y estrategias de accesibilidad cultural.

4. Comunicación Comunitaria

La comunicación será un eje transversal del programa. Se implementará una campaña integral de difusión con lenguaje claro e inclusivo, combinando medios digitales, radios locales y espacios públicos. Además, se habilitará un canal confidencial de WhatsApp para consultas y orientación, junto con jornadas barriales en articulación con centros de promoción familiar, comedores, clubes y organizaciones de la comunidad.

Las jornadas barriales consistirán en encuentros periódicos en los distintos barrios de la ciudad, donde equipos interdisciplinarios del programa brindarán charlas, consejerías y actividades participativas orientadas a la promoción de derechos sexuales y reproductivos, la prevención de ITS, la salud menstrual y la atención en menopausia. Estas jornadas se realizarán cada dos meses, de forma rotativa entre los barrios, priorizando aquellos con mayores barreras de acceso al sistema de salud.

Durante las jornadas se ofrecerán espacios de escucha y orientación, distribución de material informativo y preservativos, y se gestionarán turnos para controles en los CAPS o la Asistencia Pública. De este modo, las actividades fortalecerán la presencia territorial del programa, acercando la salud y la información a la comunidad de manera accesible y participativa.

5. Salud Menstrual y Menopausia

El componente de salud menstrual y menopausia se abordará desde una metodología de consejería interdisciplinaria y talleres educativos, centrada en la promoción de derechos y el cuidado integral. No se limitará a la provisión de insumos, sino que buscará generar espacios de conversación, educación y acompañamiento que permitan visibilizar procesos históricamente silenciados y reconocer la salud menstrual y el climaterio como dimensiones centrales de la salud integral.

Los talleres comunitarios se realizarán en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), el Centro Integrador Comunitario (CIC) Nicolás Avellaneda y en espacios barriales como centros vecinales, clubes o comedores comunitarios, priorizando los sectores con menor acceso a servicios sanitarios. Cada encuentro tendrá un formato participativo, con una frecuencia bimestral y rotativa por barrios, favoreciendo la presencia territorial del programa.

En los talleres se trabajarán ejes temáticos vinculados a la educación menstrual integral, el autoconocimiento del cuerpo, la salud durante el climaterio y la menopausia, los métodos de gestión menstrual sustentable, y las prácticas de cuidado físico y emocional en las distintas etapas vitales. Además, se promoverá la reflexión sobre los mandatos culturales y los estigmas asociados al cuerpo y la menstruación, integrando dinámicas grupales, material audiovisual y recursos pedagógicos adaptados a cada grupo etario.

Las actividades estarán a cargo del equipo interdisciplinario del programa, integrado por médicas, psicóloga, trabajadora social y promotoras de salud, con acompañamiento de referentes comunitarios y personal de los CAPS. La coordinación general de estos talleres será responsabilidad de la coordinación del programa en el CIC Nicolás Avellaneda, garantizando la articulación con las instituciones educativas y sociales de cada territorio.

Los datos generados por este componente serán integrados al subsistema de registro, permitiendo producir información local sobre salud menstrual y climaterio, áreas históricamente invisibilizadas en los registros sanitarios.

6. Desarrollo e Implementación del Subsistema Municipal de Información en Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva en articulación con la UNVM

La Secretaría de Salud cuenta con el sistema digital de registro sanitario CLINIA, que permite la carga de historias clínicas electrónicas en los CAPS y en la Asistencia Pública. Sobre esta base tecnológica se desarrollará un Subsistema Municipal de Información en Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva, que integrará los registros del CIC Nicolás Avellaneda y de todos los dispositivos municipales involucrados.

El subsistema será diseñado y desarrollado de manera conjunta por la Secretaría de Salud y el Observatorio de Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Villa María (UNVM), responsables de definir categorías, protocolos de registro y criterios de estandarización. La carga y actualización operativa del subsistema estará a cargo del personal administrativo de los CAPS, la Asistencia Pública y el CIC Nicolás Avellaneda, quienes serán responsables de cargar y actualizar la información bajo supervisión de la Coordinación del Programa. Este esquema permitirá asegurar consistencia, trazabilidad y producción continua de datos para el monitoreo local.

El monitoreo y la evaluación del Programa también se realizarán en articulación con el Observatorio de Políticas Públicas de la UNVM, a través de un convenio de cooperación técnica. El Observatorio acompañará el procesamiento, análisis y sistematización de los datos producidos por el subsistema,

asegurando calidad metodológica, continuidad técnica y rigurosidad académica. La elaboración de informes semestrales y anuales permitirá identificar brechas territoriales, orientar decisiones de gestión y fortalecer la política pública desde una perspectiva basada en evidencia.

En síntesis, el programa se ejecutará a través de un modelo de gestión territorial que combina la planificación técnica, la participación de la comunidad y la producción sistemática de información epidemiológica y social. La incorporación del subsistema municipal de registro y la articulación con la UNVM constituyen los pilares metodológicos que garantizan transparencia, mejora continua y sostenibilidad del programa.

Cada componente se articulará en un esquema de trabajo en red, asegurando que la salud sexual, reproductiva y no reproductiva se aborde de manera integral, inclusiva y sostenida.

DETERMINACIÓN DE PLAZOS Y ACTIVIDADES

La puesta en marcha del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva contempla una ejecución total estimada de nueve meses, comprendidos entre marzo y diciembre de 2026. El cronograma fue diseñado de manera secuencial y articulada, garantizando la coherencia entre los componentes y las etapas operativas del programa.

Durante el primer trimestre (marzo–mayo) se prevé la creación formal del programa mediante la ordenanza municipal y la conformación del equipo técnico en el CIC Nicolás Avellaneda.

El segundo trimestre (abril–junio) se centrará en el fortalecimiento de la articulación interinstitucional y la planificación de la estrategia de capacitación.

En el tercer trimestre (julio–septiembre) se implementarán las acciones de comunicación comunitaria, formación y desarrollo del sistema de monitoreo.

Finalmente, entre octubre y diciembre, se incorporarán los ejes vinculados a la atención integral en salud menstrual y menopausia, consolidando la evaluación del primer ciclo del programa.

Es importante señalar que este cronograma refiere exclusivamente a la etapa inicial de puesta en marcha del Programa. La expectativa institucional es que, una vez implementado, el Programa se sostenga de manera permanente como política pública municipal, integrándose de forma estable a la red de Atención Primaria y a la planificación sanitaria local.

Componente	Actividades	Duración (días)	Inicio	Fin
1. Creación del Programa Municipal	Redacción del anteproyecto de ordenanza con enfoque de género y derechos.	30	01/03/2026	31/03/2026
	Validación participativa con actores locales	45	01/04/2026	15/05/2026
	Presentación y tratamiento en el Concejo Deliberante	30	15/05/2026	15/06/2026
	Designación del equipo técnico y asignación del CIC	15	15/06/2026	30/06/2026
2. Conformación de la Red Interinstitucional	Mapeo de actores clave	30	01/04/2026	30/04/2026
	Conformación de la Red de Salud Sexual y Reproductiva	45	01/05/2026	15/06/2026
	Firma de convenios y protocolos de derivación	30	15/06/2026	15/07/2026

	Implementación del circuito municipal de derivaciones	60	01/07/2026	31/08/2026
3.Capacitación integral y continua	Firma del convenio de cooperación con la UNVM y colegios profesionales.	10	01/05/2026	15/05/2026
	Diseño del programa de capacitaciones	45	15/05/2026	30/06/2026
	Capacitación técnica para el personal sanitario	45	01/07/2026	15/08/2026
	Formación de referentes comunitarios	60	15/08/2026	15/10/2026
4.Comunicación comunitaria	Diseño de la campaña integral	45	01/07/2026	15/08/2026
	Habilitación de un canal de consulta confidencial	30	15/08/2026	15/09/2026
	Publicación de materiales y difusión territorial	45	15/09/2026	31/10/2026
	Jornadas barriales de sensibilización	60	01/10/2026	30/11/2026
5. Atención integral en Salud Menstrual y Menopausia	Provisión de insumos en CAPS y CIC.	30	01/11/2026	30/11/2026
	Talleres y consejerías interdisciplinarias sobre salud menstrual y climaterio.	45	01/11/2026	15/12/2026
6. Desarrollo e Implementación del Subsistema Municipal de Información en Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva en articulación con la UNVM	Firma de convenio con el Observatorio de Políticas Públicas de la UNVM	10	01/07/2026	10/07/2026
	Diseño del subsistema específico dentro de CLINIA	45	15/07/2026	31/08/2026

	Recolección y sistematización de datos	90	01/09/2026	30/11/2026
	Elaboración del informe anual de evaluación	30	01/12/2026	31/12/2026

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

El proyecto se sustenta en la capacidad institucional y en los recursos humanos ya existentes dentro de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María, lo que garantiza su factibilidad y sostenibilidad financiera. Asimismo, se apoya en la infraestructura y los dispositivos comunitarios previamente instalados, lo que reduce significativamente los costos operativos

Actualmente, parte del personal previsto para la ejecución del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva ya forma parte de la estructura municipal, especialmente en el Centro Integrador Comunitario (CIC) Nicolás Avellaneda y en otros Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Estos recursos humanos podrán ser reasignados parcialmente al Programa, o incorporarse mediante el pago de horas extras destinadas a actividades específicas, como talleres comunitarios, capacitaciones o relevamientos territoriales. Esto permite optimizar los recursos existentes sin requerir incorporaciones masivas de personal.

El CIC Nicolás Avellaneda cuenta con infraestructura adecuada para el desarrollo de las actividades: consultorios equipados, sala de usos múltiples, espacio para reuniones, sanitarios accesibles y área administrativa. Dispone de servicios básicos esenciales —energía eléctrica, agua potable, internet, telefonía y gas natural— ya incluidos dentro del presupuesto operativo municipal, por lo que no representan un costo adicional para el proyecto.

Recursos Humanos

Recurso Humano	Descripción de Tareas	Cantidad de Personas	Duración	Costo Mensual	Costo Total Estimado
Coordinadora del Programa	Gestión y supervisión integral del programa	1	9 meses	1.000.000	9.000.000
Profesional médica ginecóloga	Atención en salud sexual, reproductiva y no reproductiva en CAPS	1	9 meses	1.000.000	9.000.000
Profesional médica generalista	Atención en salud sexual, reproductiva y no reproductiva en CAPS	1	9 meses	0	0

Profesional médica infectóloga	Atención en salud sexual, reproductiva y no reproductiva en CAPS	1	9 meses	1.000.000	9.000.000
Psicóloga con enfoque de género	Consejería, acompañamiento y apoyo emocional	1	9 meses	0	0
Promotoras de salud comunitarias	Trabajo territorial, talleres, difusión, acompañamiento	6	9 meses	0	0
Capacitadores externos	Formación en IVE, ITS, menopausia, género y salud menstrual	6 jornadas	Por evento	50.000	300.000
Trabajadora social	Articulación interinstitucional y derivaciones	1	9 meses	0	0
Administrativa	Gestión operativa, agendas y logística	1	9 meses	0	0
Maestranza	Limpieza y mantenimiento del espacio	1	9 meses	0	0
Total estimado Recursos Humanos: 27.300.000					

Recursos Materiales

Recurso Material	Descripción Específica	Cantidad	Unidad	Costo Unitario (AR\$)	Costo Total (AR\$)
Kits para salud menstrual	Copas menstruales, toallitas reutilizables, folletería explicativa	1000	kits	2.500	2.500.000
Tests rápidos	VIH, Sífilis, Hepatitis B y C	3000	unidades	500	1.500.000
Preservativos y folletería	Kits de prevención combinada (preservativos, folleto, lubricante)	100	kits	25.000	2.500.000
Equipamiento informático	2 PC, 1 impresora multifunción, 1 proyector, 2 tablets	1	set	0	0
Mobiliario del consultorio inclusivo	Escritorio, sillas, camilla ginecológica, estantería	1	set	0	0
Material gráfico	Afiches, folletos, carteles para campañas en vía pública y centros de salud	500	unidades	2.000	1.000.000
Kits educativos para talleres	Pizarras móviles, libros, dinámicas,	10	kits	100.000	1.000.000

	materiales visuales				
Uniformes e identificación	Remeras y credenciales para promotores/as	10	kits	30.000	300.000
Transporte / movilidad	Viáticos, transporte y traslados del equipo y materiales	9	meses	150.000	1.800.000
Insumos médicos básicos	Guantes, alcohol, jeringas, test de embarazo	1000	unidades	0	0
Servicios	Energía eléctrica e internet			0	0
Total estimado Recursos Materiales: 10.600.000					

Resumen General del Proyecto

Categoría	Costo Total Estimado (AR\$)
Recursos Humanos	27.300.000
Recursos Materiales	10.600.000
Total General Estimado	37.900.000

De acuerdo con los datos publicados en el portal de Datos Abiertos de la Municipalidad de Villa María (Presupuesto Municipal 2025), el presupuesto total asignado a la Secretaría de Salud asciende a \$7.919.993.970, mientras que el Programa “Equipos Territoriales de APS – CAPS” cuenta con una partida específica de \$672.195.585.

En este contexto, el Proyecto Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva tiene un costo estimado de \$37.900.000, lo que representa aproximadamente el 0,6% del presupuesto total de la Secretaría de Salud para los primeros nueve meses del ejercicio 2026, lo que evidencia su viabilidad financiera. Se trata de una inversión moderada, proporcional al presupuesto disponible y compatible con las estructuras y recursos ya existentes dentro del sistema municipal de salud.

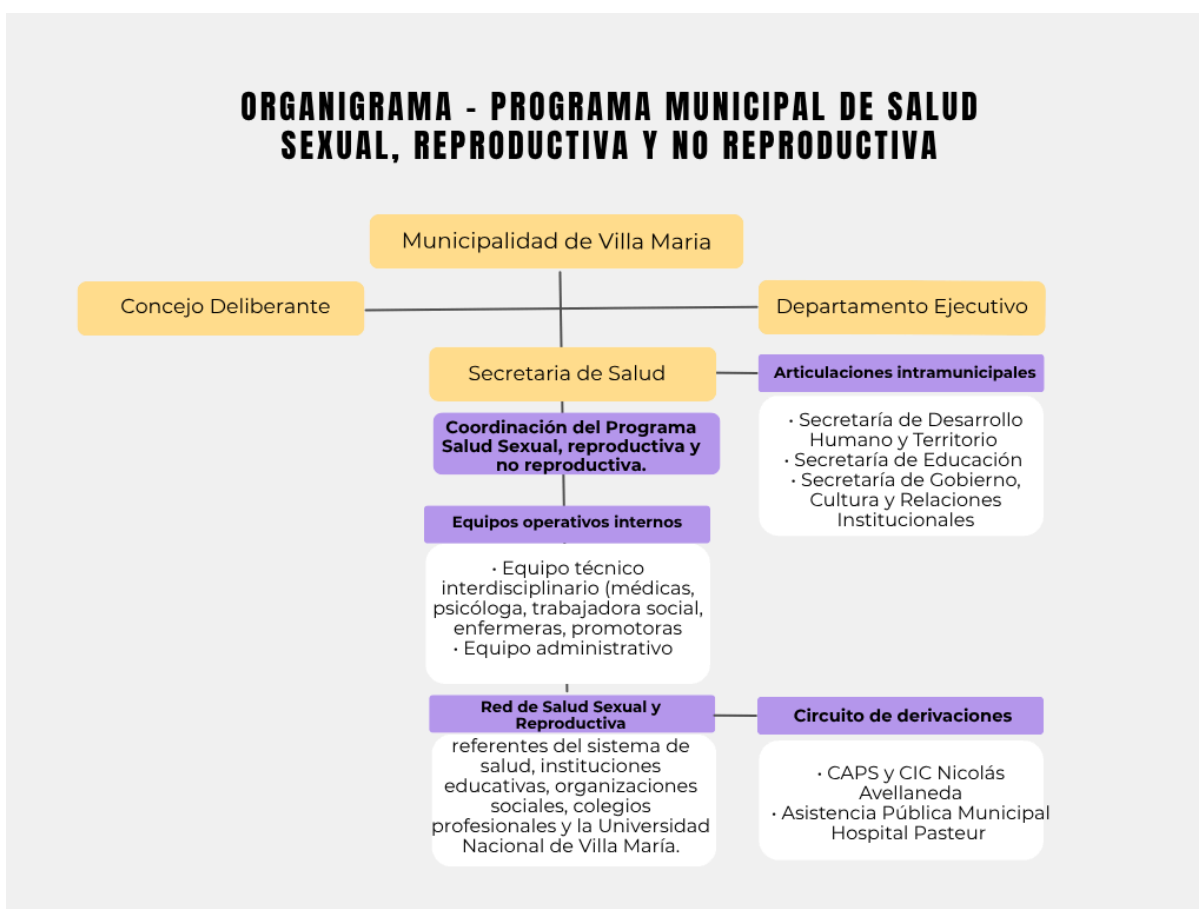
La Secretaría de Salud dispone actualmente de infraestructura física (CIC Nicolás Avellaneda y red de CAPS), profesionales de planta, equipamiento e insumos básicos, lo cual reduce

significativamente los costos de implementación. La inversión requerida se orienta principalmente a fortalecer la gestión, la capacitación, la comunicación comunitaria y el monitoreo. De este modo, el proyecto se integra a las capacidades municipales existentes sin generar una carga presupuestaria desproporcionada.

Además, se prevé la posibilidad de acceder a fuentes de financiamiento externo complementarias, tanto de organismos nacionales y provinciales (como el *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, el *Plan ENIA* o el *Programa Remediar*), como de organismos internacionales. Entre ellos se destacan la Corporación Andina de Fomento (CAF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que promueven líneas de financiamiento y asistencia técnica para políticas públicas locales con enfoque de derechos, equidad de género y salud integral.

De este modo, el proyecto presenta sostenibilidad técnica y económica, con posibilidad de ampliación y continuidad en el tiempo mediante la articulación interinstitucional y la captación de recursos complementarios.

GESTION Y ORGANIZACION



El Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva se enmarcará en la estructura institucional de la Municipalidad de Villa María, que definirá las políticas públicas locales y garantizará el marco político, administrativo y financiero necesario para su implementación y sostenibilidad. Su incorporación formal dentro del organigrama municipal permitirá asegurar continuidad, legitimidad y capacidad operativa.

El Concejo Deliberante cumplirá un rol fundamental al aprobar la ordenanza de creación del Programa, otorgándole legitimidad normativa y asegurando su continuidad más allá de los cambios de gestión. El Departamento Ejecutivo Municipal, por su parte, tendrá la responsabilidad de ejecutar las políticas públicas aprobadas, y lo hará a través de la Secretaría de Salud, que actuará como órgano rector y responsable técnico y político del Programa. Esta estructura político-administrativa garantiza coherencia entre la definición de la política pública y su implementación territorial.

La Secretaría de Salud asumirá la conducción del Programa a través de una Coordinación General, a cargo de una profesional con formación en salud pública, enfoque de género y experiencia en gestión sanitaria en el primer nivel de atención. La Coordinación tendrá a su cargo la planificación, ejecución y evaluación de las acciones previstas, así como la selección y organización del equipo técnico

interdisciplinario que integrará el Programa. Este equipo estará compuesto por médicas/os generalistas, ginecólogas, psicóloga, trabajadoras sociales, enfermeras, promotoras de salud y personal administrativo, quienes desempeñarán funciones asistenciales, preventivas, comunitarias y de registro sanitario. La sede operativa del Programa funcionará en el Centro Integrador Comunitario (CIC) Nicolás Avellaneda, espacio estratégico dentro de la red de Atención Primaria por su inserción territorial y cercanía con la comunidad. Desde allí se coordinarán las actividades, se organizarán las consejerías y se llevarán adelante acciones comunitarias y administrativas.

La Coordinación del Programa tendrá la responsabilidad de articular con las distintas áreas municipales involucradas, consolidando una red intramunicipal que permita garantizar coherencia institucional, optimización de recursos y complementariedad de abordajes. La Secretaría de Desarrollo Humano y Territorio aportará la dimensión social y comunitaria, facilitando el vínculo con centros de promoción familiar, comedores y organizaciones territoriales. La Secretaría de Educación acompañará las acciones vinculadas a la formación, la actualización profesional y la implementación de la Educación Sexual Integral. La Secretaría de Gobierno, Cultura y Relaciones Institucionales brindará apoyo comunicacional e institucional, reforzando la difusión pública de las acciones del Programa. Este esquema de articulación interna permitirá garantizar continuidad, complementariedad y alcance territorial dentro de la estructura municipal.

A nivel interinstitucional, el Programa impulsará la Red Interinstitucional de Salud Sexual y Reproductiva, integrada por los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), la Asistencia Pública Municipal, el Hospital Regional Pasteur, el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, el Ministerio de Salud de la Nación (a través del Programa Remediar y el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva), la Universidad Nacional de Villa María, colegios profesionales, organizaciones sociales, colectivos LGBTIQNB+ y espacios comunitarios. La Red funcionará como un ámbito estable de coordinación, intercambio técnico y toma de decisiones, orientado a fortalecer la continuidad de cuidados, consensuar lineamientos, acordar circuitos de derivación y sostener la participación comunitaria en el diseño e implementación del Programa. Las reuniones se desarrollarán de forma mensual y serán coordinadas desde el CIC Nicolás Avellaneda por la Coordinación del Programa, estos encuentros permitirán monitorear procesos, ajustar estrategias y garantizar coherencia en la implementación.

El funcionamiento del Programa se regirá por procedimientos estandarizados que aseguren coherencia, continuidad y calidad. Se elaborarán protocolos de atención en salud sexual, reproductiva y no reproductiva con perspectiva de género y diversidad, junto con un circuito de derivaciones entre los CAPS, la Asistencia Pública y el Hospital Pasteur. Se implementarán procesos de distribución de insumos —métodos anticonceptivos, materiales educativos, insumos menstruales y medicación específica— y programas de capacitación continua para el personal técnico y comunitario. Asimismo, se desarrollarán estrategias de registro y sistematización de información articuladas con la Universidad Nacional de Villa María, integradas al sistema informático CLINIA, que garantizarán un monitoreo constante y la producción de evidencia local para la toma de decisiones.

De este modo, la estructura institucional y operativa del Programa combina dirección política y técnica, ejecución territorial coordinada y articulación intra e interinstitucional, asegurando una gestión integral, participativa y sostenible. Este diseño permitirá consolidar a la Municipalidad de Villa María como referente en la implementación de políticas públicas de salud sexual, reproductiva y no reproductiva basadas en derechos, equidad y perspectiva de género.

MONITOREO E INDICADORES DE EVALUACIÓN

Las actividades de Monitoreo y Evaluación permiten analizar de forma sistemática el desempeño del proyecto y el grado de cumplimiento de sus objetivos. En el campo de la salud pública, el monitoreo constituye una herramienta clave para garantizar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones, mientras que la evaluación permite valorar su diseño, implementación y resultados en función del impacto social alcanzado (Cohen & Franco, 2018).

Para ello, se elaboran indicadores cuantitativos y cualitativos que permiten medir el logro de los objetivos propuestos en los distintos niveles del marco lógico —fin, propósito y componentes—, asegurando la coherencia entre los resultados esperados y los recursos empleados.

La formulación de indicadores cuantitativos y cualitativos —a nivel de fin, propósito y componentes— posibilita medir los avances, detectar dificultades y reorientar acciones en tiempo real, asegurando la coherencia entre los objetivos estratégicos y los resultados obtenidos.

Indicadores a Nivel FIN

Fin 1:

Fortalecer un modelo de salud colectiva integral, equitativo y participativo, que asegure el acceso territorial, la continuidad de cuidados y la articulación entre los dispositivos del sistema de salud, promoviendo prácticas de cuidado más libres, igualitarias y respetuosas de la diversidad.

- **Indicador:** Incremento del 20 % en la accesibilidad territorial a servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva (medido por turnos otorgados, consultas efectivas y consejerías en barrios periféricos).
- **Medios de verificación:** Registros del sistema CLINIA y reportes de derivación interinstitucional, Informes operativos de CAPS y Asistencia Pública, actas de validación de protocolos y reportes anuales de APS.

Fin 2:

Contribuir a disminuir la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no intencionales, mediante estrategias sostenidas de prevención, diagnóstico temprano y acompañamiento integral desde la APS.

- **Indicador:** Disminución del 15 % en las ITS notificadas en Villa María al cabo de dos años.
- **Medios de verificación:** Informes epidemiológicos municipales y provinciales (Hospital Pasteur / Ministerio de Salud), Registros integrados del sistema CLINIA.

Indicador a Nivel PROPÓSITO

Fortalecer el acceso equitativo, integral y sostenido a los servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva en la Atención Primaria de la Salud (APS) de Villa María.

- **Indicador:** Al menos el 50 % de los CAPS de la ciudad cuentan con servicios activos de consejería, provisión continua de insumos y derivaciones en salud sexual y reproductiva al finalizar el primer año de ejecución del programa.
- **Medio de verificación:** Registros informatizados de turnos y atenciones municipales.

Indicadores a Nivel COMPONENTES

Componente 1: Creación del Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva

- **Indicador:** Ordenanza aprobada por el Concejo Deliberante y equipo técnico designado a los tres meses de iniciado el proyecto.
- **Medio de verificación:** Ordenanza municipal publicada, actas de designación y resoluciones administrativas.

Componente 2: Conformación de la Red Interinstitucional de Articulación

- **Indicador:** Red interinstitucional conformada con al menos diez instituciones firmantes de convenios o protocolos de derivación a los cinco meses de ejecución del proyecto.
- **Medio de verificación:** Convenios, actas y reportes de derivaciones interinstitucionales. Listado oficial de instituciones participantes.

Componente 3: Capacitación Continua del Personal de Salud y Referentes Comunitarios

- **Indicador:** Programa de capacitación diseñado y validado con la UNVM y los colegios profesionales dentro de los primeros cuatro meses de ejecución del proyecto.
- **Medio de verificación:** Actas de validación, cronograma firmado por autoridades, material formativo aprobado.

Componente 4: Estrategia de Comunicación Comunitaria

- **Indicador:** Campaña integral de comunicación diseñada y aprobada dentro de los primeros seis meses de ejecución del proyecto, con plan de medios y materiales validados por la Secretaría de Salud.
- **Medio de verificación:** Documento de diseño de campaña, acta de aprobación, materiales gráficos y plan de difusión.

Componente 5: Atención Integral en Salud Menstrual y Menopausia

- **Indicador:** Inventario de insumos de gestión menstrual elaborado y distribuido a los CAPS antes de finalizar el noveno mes de ejecución del proyecto.

- **Medio de verificación:** Planillas de distribución de insumos.

Componente 6: Desarrollo e Implementación del Subsistema Municipal de Información en Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva en articulación con la UNVM

- **Indicador:** subsistema estandarizado diseñado y validado (protocolos + categorías)
- **Medio de verificación:** Informes publicados, bases de datos consolidadas y actas de validación institucional.

FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES

Los factores externos condicionantes, también denominados *supuestos*, constituyen aquellas condiciones necesarias que, aunque escapan al control directo del equipo ejecutor, deben cumplirse para asegurar el logro de los resultados del proyecto (Cohen & Franco, 2018). Su identificación resulta esencial, ya que permite anticipar posibles riesgos y diseñar estrategias de mitigación que garanticen la sostenibilidad de la intervención en el tiempo. El análisis de estos factores permite evaluar la viabilidad real de cada nivel del proyecto y prever acciones de ajuste cuando sea necesario.

A nivel FIN

- El Estado Municipal de Villa María mantiene la voluntad política de fortalecer la Atención Primaria de la Salud y las políticas con perspectiva de género y derechos.

La concreción de los objetivos generales del proyecto depende de la decisión política sostenida por el Ejecutivo municipal de priorizar la salud sexual, reproductiva y no reproductiva como parte de la agenda pública local. La continuidad de estas líneas dentro de la Secretaría de Salud será clave para asegurar la implementación de una política sanitaria equitativa e inclusiva.

- El financiamiento nacional y provincial destinado a programas de salud sexual se mantiene estable.

La disponibilidad de insumos provistos por los Programas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva y REMEDIAR es determinante para la continuidad del acceso gratuito a métodos anticonceptivos y medicamentos. Una eventual interrupción de la provisión podría afectar directamente el cumplimiento del fin del proyecto.

A nivel PROPÓSITO

- Los equipos de salud y referentes comunitarios sostienen su compromiso con el enfoque de género y derechos.

El éxito del propósito del proyecto depende de la implicación activa y sostenida de los actores locales involucrados en la atención, promoción y prevención en salud.

A nivel COMPONENTES

Componente 1 – Creación del Programa Municipal:

- El Concejo Deliberante aprueba la ordenanza de creación del Programa sin objeciones políticas significativas.

El respaldo político e institucional será determinante para la formalización y puesta en marcha del programa.

Componente 2 – Red Interinstitucional:

- Las instituciones sanitarias, educativas y comunitarias mantienen su voluntad de articulación y cooperación.

La efectividad de la red depende de la colaboración constante entre los CAPS, Hospital Pasteur, Secretaría de Género y organizaciones barriales.

Componente 3 – Capacitación Continua:

- El personal de salud y los referentes comunitarios disponen de tiempo institucional para la formación.

La participación activa en los procesos formativos requerirá respaldo de las autoridades institucionales y adecuación de horarios laborales.

Componente 4 – Estrategia de Comunicación Comunitaria:

- Los medios de comunicación locales y las redes comunitarias colaboran en la difusión de campañas y actividades.

La efectividad de la comunicación dependerá del acceso a canales locales (radios, redes, instituciones educativas, clubes, etc.) y de la aceptación de los mensajes por parte de la comunidad.

Componente 5 – Atención Integral en Salud Menstrual y Menopausia:

- Se mantiene la provisión de insumos y el interés comunitario en participar de las consejerías y talleres.

La participación activa y sostenida de la población es condición esencial para consolidar la salud menstrual y la menopausia como parte de la agenda sanitaria local.

Componente 6 – Desarrollo e Implementación del Subsistema Municipal de Información en Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva en articulación con la UNVM

- La Universidad Nacional de Villa María sostiene su colaboración técnica y metodológica. La articulación con el Observatorio de Políticas Públicas será fundamental para garantizar la calidad del monitoreo, la recolección de datos y la evaluación participativa. La continuidad del acompañamiento técnico permitirá sostener el subsistema integrado en CLINIA y asegurar la producción de información para la toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ase, I., & Burijovich, J. (2009). *Salud colectiva: una mirada integral sobre el proceso salud-enfermedad-atención*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Beijing. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Naciones Unidas.
- Basualdo, E. (2019). *El régimen económico argentino. Una historia económica, política y social*. Siglo XXI.
- Bertranou, J. (2015). *Capacidad estatal: revisión del concepto y algunos ejes de análisis*. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 4(4), 35–55.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). *Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro*. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 245–249.
- Breilh, J. (2013). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Bromida, L. (2022). *Programa municipal de salud sexual y reproductiva de Olavarría: evaluación de impacto y aprendizajes institucionales*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Brown, J. (2014). *Derechos (no) reproductivos y políticas públicas: una mirada desde América Latina*. Editorial Biblos.
- Carballeda, A. (2010). *Políticas sociales y trabajo social: intervenciones en lo social*. Espacio Editorial.
- Castellani, A. (2018). *Lobbies y puertas giratorias. Los riesgos de la captura de la decisión pública*. *Nueva Sociedad*, 276, 48–61.
- Católicas por el Derecho a Decidir. (2022). *Informe sobre salud sexual y reproductiva en Córdoba*. Córdoba: CDD Argentina.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Cómo abordar la gobernanza multinivel*. CEPAL.
- Cohen, E., & Franco, R. (2018). *Evaluación de proyectos sociales: conceptos y herramientas*. Siglo XXI Editores.
- Compagnon, L., & Carriquiri, M. (2020). *Universidad y municipio: articulaciones para la salud sexual y reproductiva*. Universidad Nacional del Centro.
- Concejo Deliberante de Villa María. (2018). *Ordenanza N.º 7284: Creación del Consultorio Inclusivo*. Villa María, Córdoba.

Congreso de la Nación Argentina. (2002). *Ley N.º 25.673: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Cunill, N. (2005). *La intersectorialidad en las políticas públicas: un acercamiento a su significado y sus prácticas*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), CEPAL.

De Sousa Campos, G. W. (2001). *Consideraciones sobre el campo de la salud colectiva: contribución a la construcción del objeto de conocimiento en salud colectiva*. Revista Brasileira de Saúde Coletiva, 11(1), 7–24.

Di Virgilio, M. M. (2017). *Atención Primaria de la Salud en clave territorial*. Revista Argentina de Salud Pública, 9(35), 15–22.

El Diario del Centro del País. (2023, 22 de marzo). *El Circuito de la Mujer continúa fortaleciendo la prevención en salud*. <https://www.eldiariocba.com.ar>

Diario de Villa María. (2023, 22 de octubre). *Especialistas advierten sobre el incremento de casos de sífilis y la baja en el uso del preservativo*. <https://www.diariodevillamaria.com>

Ferrero, G. (2021). *Salud sexual y reproductiva en Rosario: 25 años de políticas locales con enfoque de derechos*. Municipalidad de Rosario.

Franco-Giraldo, Á., & Álvarez-Dardet, C. (2008). *Efectividad de la Atención Primaria de Salud y determinantes sociales*. Gaceta Sanitaria, 22(1), 12–20.

Guevara Ríos, M. (2022). *Derechos sexuales y reproductivos: enfoques actuales y desafíos en América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Harvey, D. (2008). *El derecho a la ciudad*. Revista Urban, 1(1), 23–39.

Hospital Regional Pasteur. (2024). *Informe anual de vigilancia epidemiológica 2023–2024*. Villa María, Córdoba.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos para la localidad de Villa María, provincia de Córdoba*

Jure, M. C., & Ciuffolini, M. (2019). *Gestión Integral Salud, Familia y Comunidad: una estrategia municipal para la salud colectiva*. Secretaría de Salud, Municipalidad de Villa María.

Lahera, E. (2008). *Introducción a las políticas públicas*. Fondo de Cultura Económica.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada.

Ley N.º 25.929. (2004). *Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento (Parto Humanizado)*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Ley N.º 26.130. (2006). *Acceso a ligaduras tubarias y vasectomías*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Ley N.º 26.485. (2009). *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Ley N.º 26.862. (2013). *Acceso integral a técnicas de reproducción asistida*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Ley N.º 27.610. (2020). *Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Ley N.º 27.636. (2021). *Ley "Diana Sacayán – Lohana Berkins" de Promoción del Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Martínez Celiz, L. (31 de marzo de 2021). "No sabíamos que teníamos derechos y que podíamos andar por la calle". *Villa María VIVO!*. <https://villamariavivo.com/no-sabiamos-que-teniamos-derechos-y-que-podiamos-andar-por-la-calle/>

Massey, D. (1984). *Spatial divisions of labour: Social structures and the geography of production*. Macmillan.

Merhy, E., & Franco, T. (2003). *Por uma clínica ampliada*. São Paulo: Hucitec.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Córdoba. (2023). *Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva: Informe de gestión 2022–2023*. Córdoba: Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: funciones y resultados*. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Guía para el fortalecimiento de los Centros Integradores Comunitarios (CIC)*. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación. (2024). *Informe sobre la situación epidemiológica de infecciones de transmisión sexual 2018–2023*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Epidemiología.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2023). *Red de acceso a la IVE/ILE: Informe epidemiológico provincial 2022*. La Plata: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

- Municipalidad de Coquimbo. (2020). *Unidad de Salud Sexual, Reproductiva y Género: Informe anual de gestión*. Coquimbo, Chile.
- Municipalidad de Rosario. (2018). *Protocolo local de atención integral en salud sexual y reproductiva*. Rosario, Santa Fe.
- Municipio de Río Grande. (2021). *Espacio Amigable de Salud Sexual: estrategias y resultados*. Río Grande, Tierra del Fuego.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud & UNICEF. (2018). *Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS–UNICEF.
- Ortiz Ortega, A. (2008). *Los derechos reproductivos como derechos humanos*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Oszlak, O., & O'Donnell, G. (1984). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Pastrana Buelvas, E., & Sánchez Mendioroz, Á. (Eds.). (2014). *Suramérica en el escenario global: gobernanza multinivel y birregionalismo*. Konrad Adenauer Stiftung.
- Pautassi, L. C. (2017). *El rol del Estado local en la garantía de derechos sociales*. *Revista Derechos en Acción*, 3(5), 1–20.
- Petchesky, R. (2000). *Global prescriptions: Gendering health and human rights*. Zed Books.
- Puntal Villa María. (2023, 18 de octubre). *Aumentan las infecciones de transmisión sexual en adolescentes y adultos jóvenes en Villa María*. <https://www.puntalvillamaria.com.ar>
- Scavone, L. (1999). *Los derechos reproductivos: Nuevas políticas y antiguos conflictos*. Editorial de la Universidad de São Paulo.
- Tamayo Saenz, M. (1997). *El análisis de las políticas públicas*. Universidad de Chile.
- Universidad Nacional de Villa María. (2020). *Consultorio inclusivo: salud pública con enfoque de diversidad*. Villa María: Observatorio de Políticas Públicas.

Villa María Vivo. (2025, 10 de marzo). *El Circuito de la Mujer: un espacio de prevención y acceso gratuito a controles ginecológicos*. <https://www.villamariavivo.com>

Vilas, C. (2011). *Ensayos sobre políticas públicas y poder político*. CLACSO.

Vommaro, G. (2022). *Política y acción pública en la Argentina contemporánea*. Siglo XXI Editores.

Yuval-Davis, N. (1997). *Gender and nation*. Sage Publications.

Zurbriggen, C., González Lago, M., & Folgar, C. (2014). *Innovación y políticas públicas: hacia un Estado emprendedor*. Ediciones CEFIR.

ANEXOS

ENTREVISTAS

Ciudad: Villa María

Años: 2024–2025

Tipo de entrevistas: Semiestructuradas

Total: 9 entrevistas

ENTREVISTA 1 – TRABAJADORA SOCIAL (APS) (2024)

Lugar: CAPS – Villa María

A casi veinte años de sancionada la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, para vos, ¿cuál es la relevancia de esta ley y cómo creés que se aplica en la ciudad?

Para mí es súper importante. Creo que nos da un marco legal muy valioso y que muchas veces no lo tenemos en cuenta. A la vez, incluye un montón de derechos que generalmente se reducen solo al programa de salud sexual como provisión de anticonceptivos, y en realidad abarca muchos conceptos que suelen pasarse por arriba. Para mí la relevancia es muy grande, sobre todo en el acceso a derechos de mujeres y cuerpos gestantes.

En salud tenemos una mirada recortada del programa, y esa reducción tiene que ver con desconocimiento. En la aplicación siento lo mismo: nos pasamos de largo las consejerías, el acceso a derechos, el trabajo sobre relaciones sexuales libres de violencias, el consentimiento. Nos centramos únicamente en métodos anticonceptivos. Además, incluye prevención de ITS, pero se vuelve a recortar. Deberíamos manejar la ley diariamente porque cualquier consulta requiere consejería en salud sexual. Utilizamos solo una parte de la ley, y eso pasa por desconocimiento básico.

¿En esto que decís del desconocimiento, hay capacitaciones?

No, no hay muchas capacitaciones. Si una persona se pone a googlear, la ley está, es clara y existe desde hace mucho. Hay material del Ministerio de Salud, pero capacitaciones como tal, pocas. En el municipio habíamos hecho una junto con Meli (médica del CAPS Rivadavia). Fuimos a todos los CAPS y hablamos de derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos y acceso.

Lo pensamos desde una perspectiva amplia. Participaron la doctora Aloisio y la doctora González, armamos un taller y recorrimos todos los CAPS para capacitar al personal.

¿Y en cuanto al presupuesto? ¿Existe presupuesto asignado o depende de...?

De Nación. En realidad, el presupuesto son las cajas que llegan del programa Remediar. No tengo conocimiento de otro presupuesto específico. Capaz que existe recupero de

gastos para algunas prestaciones, pero para mí hay un subregistro importante porque hacemos un montón de consejerías pero no las cargamos.

Hablarle a alguien de derechos, de consentimiento, de prevención, es una consejería muy importante. Y no siempre se registra en el sistema. Entonces, por un lado hay subregistro y por otro las cajas de métodos anticonceptivos que a veces llegan con demoras o en cantidad menor a la necesaria. Los métodos de larga duración los distribuye la Provincia, no llegan directamente con las cajas.

¿Cómo se cargan las consejerías en el sistema?

Lo que pasa es que en CIE-10 es muy limitado. Tenés “consejería en salud sexual”, “consejería sobre anticoncepción”, “consejería en planificación familiar”. Es reducido, pero existe.

Yo trato de cargarlo siempre porque es muy importante y porque hay que correr del modelo médico que sostiene que sólo los médicos pueden hablar de salud sexual. Yo, como trabajadora social, lo hago todo el tiempo: preguntar si se cuidan, si desean tener hijos, acompañar a las adolescentes. Cuando vienen por el implante, por ejemplo, es un momento clave para hablar de los otros métodos, ofrecer folletería, etc.

Pregunto esto por el monitoreo de la aplicación de la ley. Si no se carga, no se puede evaluar.

Sí, creo que hay un subregistro fuerte. Lo que aparece cargado no refleja lo que realmente se hace. Puede mostrar que se aplica parcialmente, pero no toda la magnitud.

En el relevamiento que hicimos con Ana Morillo a nivel provincial incluimos preguntas sobre métodos disponibles, consejerías, circuitos de atención, profesionales involucrados, capacitaciones y difusión. En Villa María respondieron todos los CAPS y la Asistencia Pública; las clínicas privadas no respondieron.

Uno de los objetivos de mi tesis es crear un Consejo Asesor para la aplicación de la ley.

Me parece necesario porque si no queda reducido a lo público y no se incluye lo privado ni los colegios profesionales, como el Colegio de Psicólogos.

Es necesario también por los obstáculos en el acceso a vasectomía y ligaduras. En el hospital hay prejuicios y también mucha demanda y poco quirófano; en lo privado podrían hacerse pero también aparecen trabas: que tenés 25 años y sos “muy joven”, que los prequirúrgicos tardan, falta de circuitos claros.

Con IVE pasa lo mismo: hay obstáculos para acceder a métodos de larga duración porque hay pocos médicos que colocan DIU o implantes, porque exigen que la paciente esté menstruando el día del turno, o porque los insumos están en falta. Y en anticonceptivos orales, aun siendo gratuitos, la burocracia hace que una persona pierda uno o dos meses por una receta o por un cambio de lugar de retiro.

En lo cotidiano son muchos obstáculos, y tampoco se trabaja la adherencia. No todos los equipos explican qué hacer si se olvida una pastilla, por ejemplo.

Y en cuanto a salud sexual, identidad de género, fertilidad...

Sí, hay demanda. En IVE muchísimo, porque era una deuda legislativa. Pero también hay demanda por fertilidad, especialmente por mujeres que se enteran tarde de diagnósticos como endometriosis. Ahí no hay lugares en el sistema público para acompañar con recursos adecuados.

También tenemos que incluir en las consejerías que la maternidad debe ser deseada, pero que el cuerpo tiene tiempos. No podemos evitar decir que a los 37 años es más difícil. Es parte del derecho a la información.

Y lo mismo cuando llega una paciente con un test positivo: no debemos decir “mamá” automáticamente. Hay que deconstruir muchas prácticas.

En fecundación y esterilización hay una deuda enorme porque es carísimo y requiere mucha inversión. Como todo derecho conquistado, se necesita militancia colectiva.

¿Y demanda de personas trans?

Sí, pero deben ir a la privada y es costoso.

Cuando aparece el deseo dentro de un sistema machista, patriarcal y médico-hegemónico, ahí surgen obstáculos: “te pongo el DIU cuando yo decida”, “vení cuando yo te diga”.

Cuando una profesional acompaña el deseo de la persona —desde el “vos decidís, yo solo te brindo información”— el sistema se vuelve hostil también hacia quienes garantizan derechos. Es una batalla difícil.

ENTREVISTA 2 – AGENTE SANITARIA / REFERENTE TRANS (2025)

Lugar: Territorio – CAPS

¿Cuál es, para vos, la relevancia de las políticas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional?

Lo importante es llegar a tiempo a esos embarazos no deseados. Lo importante es ayudar y acompañar a la mujer desde un ámbito íntimo, desde lo más profundo del ser. Yo creo que no es solamente tener un chico por tenerlo; se tiene que sentir ese deseo de tener un hijo.

Y ahí tiene que estar el Estado, acompañando a la mujer si lo desea: con obstetricia, con parto respetado, con todos los ítems que hay que hacer. Y si la mujer no quiere tener hijos, hay que acompañar también con pastillas, inyectables, chips subdérmicos, y con IVE o ILE. Eso también hay que acompañarlo.

Sé que hay muchos médicos objetores de conciencia, pero nosotras, como Promotoras

de Salud, tenemos que garantizar que eso se cumpla. En un caso así, si hace falta, hay que parar el CAPS y abocarnos todos, más aún si es una menor de edad. Hay que acompañarla porque es algo relevante.

¿Creés que las mujeres y adolescentes de Villa María tienen acceso a los derechos sexuales o existen barreras?

Hay 14 CAPS y todos están capacitados para dar respuesta inmediata. Desde la administrativa, pasando por la enfermera, la médica, la psicóloga; todos están capacitados. Y se acompaña desde el minuto cero, tanto a mujeres como a cuerpos gestantes.

En Villa María se acompaña y se da respuesta.

En la entrega de anticonceptivos y la prevención de ITS, ¿cómo ves ese acceso?

Ahí veo una falencia, pero es una falencia que se debe abordar en las aulas. Siempre, en las reuniones interinstitucionales, se convoca a directores y preceptores para que se involucren.

No se trata solo de “hacer el amor”, como dicen algunos; hay muchas cosas atrás. No querer quedar embarazada es una decisión; elegir un método es una decisión; optar por un chip, por pastillas, por no ligarse, todo eso requiere acompañamiento.

Pero ese acompañamiento empieza en las escuelas. El problema es cuando hay directores “dinosaurios” que no dejan entrar a la gente de salud, que no permiten hablar de ciertos temas o ponen condiciones. Así no podés llegar al alumnado.

En un curso con más de 20 chicos, nadie va a levantar la mano para decir “quiero abortar” o “quiero un subdérmico”. Entonces hay que usar palabras que interpielen, para que después del taller nos contacten. Eso es crear redes.

Muy pocas escuelas permiten realmente hablar sin tabúes. Yo, como persona trans, he ido a dar talleres de diversidad y género, y muy pocas escuelas me han dejado entrar.

¿La comunidad LGBTIQ+ tiene acceso a los derechos sexuales? ¿Hay demanda?

Eso depende de lo político. Si el mandatario de turno no se pone las pilas, todo se cae.

En 2016 inauguramos el consultorio inclusivo. Siempre tuvimos recursos, no solo para Villa María sino para la región. Pero hoy estamos en una contraofensiva: no sabemos si avanzar, porque si avanzamos puede que el gobierno local no pueda pagar la medicación. Es una dicotomía.

Cada municipio debería tener su propio espacio, un “botiquín” para hormonas y acompañamiento. No sabés cuándo va a haber una persona trans, no binarie o un cuerpo gestante que lo necesite.

Pero hoy pasa que el gobierno nacional no está comprando hormonas. Entonces dependemos de decisiones políticas de cada municipio.

Y en el caso de adolescentes y jóvenes, ¿cómo acceden a preservativos, turnos o acompañamiento?

Tenemos compañeras en cada barrio. Vamos dejando “semillitas” para formar una gran red de contención. Una trabaja en el centro de salud, pero en los barrios están las promotoras comunitarias: conocen a la gente, ven las situaciones, acompañan.

Cuando hay trabas —que no les quieren dar preservativos, que discriminan, que les dan muy pocos— intervenimos. Llamamos, explicamos la situación y buscamos resolver.

En este momento daban cinco preservativos por persona, pero es por una situación económica y política: la nación no está enviando. Estamos tratando de que la provincia provea.

Las compañeras y compañeros entienden la situación, pero cuando esto se le explica a alguien de afuera, se enoja. Cuando lo contamos nosotras, baja un poco la tensión.

¿Alguna sugerencia o demanda final?

Me gustaría que los colegios se abrieran más: abrir la mente de las pibas y los pibes. No solo por los embarazos; las enfermedades de transmisión sexual están muy fuertes y hay mucha demanda.

Para evitar eso, hay que hacer intervenciones. Yo digo una vez por mes: una intervención mensual por escuela. Pero intervenciones bien hechas, no un discurso.

Talleres donde se manipulen afiches, donde se plasme lo que piensan, donde se pueda jugar con el cuerpo, poner palabras, romper tabúes.

El sexo no es solo riesgo de embarazo; detrás hay un montón de cosas que pueden derivar en tragedias. Una sífilis o un HIV en una persona de 14 o 15 años le arruina la vida.

Para mí, el meollo está ahí: que las escuelas se abran y den ESI a full, sin tabúes, sin tapujos, desde edades tempranas.

ENTREVISTA 3 – REFERENTE COMUNITARIA (2005)

Lugar: Espacio barrial

Para vos, ¿cuál es la importancia del acceso a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en mujeres y en la comunidad LGTBI Q+?

Me parece fundamental contar con información precisa y con el acceso a los recursos necesarios para los cuidados de la salud reproductiva y no reproductiva. Son factores elementales para la salud comunitaria en general y para la construcción de los trayectos de vida de las personas, de las mujeres y de las disidencias.

¿Creés que todes tienen acceso?

Últimamente se veía un avance respecto a esto. Por lo menos, haciendo un corte antes de este nuevo gobierno que parece venir a avasallar todo lo contrario.

Hasta aquí hubo un salto bastante radical hacia la concientización y la promoción de estos derechos de mujeres y disidencias, también en los territorios.

Acá, por ejemplo, contamos con un botiquín y con métodos anticonceptivos para distribuir entre mujeres y jóvenes vinculadas al espacio. Hemos tenido charlas y sé que también hay charlas en el CAPS. Eso me parece positivo.

¿Hay demanda o consultas?

Sí, pero de manera más encubierta. Más entre mujeres que participan de los comedores, entre sus conocidos, no de forma abierta.

Yo trabajo más con la infancia, y nuestro trabajo se enfoca en la promoción del respeto, de las diversidades, del género, de la construcción de la sexualidad desde otro lugar.

Entre mujeres adultas circulan esas demandas, pero más tapadas.

¿Y con el CAPS, cómo es la relación?

Tenemos una dificultad que no tiene que ver estrictamente con este tema, sino con los horarios.

El CAPS funciona por la mañana y nosotros trabajamos por la tarde, entonces tenemos pocos encuentros.

En estos 10 años sí hemos generado algunas instancias de articulación. Hace poco estuvimos más en contacto por lo de las fichas médicas, y después quedamos en comunicación para distribuir folletos y materiales.

Pero son instancias acotadas, más puntuales.

¿Y con otras organizaciones barriales? ¿Se trabaja sobre derechos sexuales y reproductivos?

Con otras organizaciones barriales no.

Lo que sí estuvo fue la Mesa de Diversidad —creo que se llama así—, que dio una charla hace poco, y ya habían venido otros años.

También la Secretaría de Género a veces convoca, y varias mujeres han participado de charlas de ESI.

¿Y sobre el acceso a IVE? ¿Se habla? ¿Hay consultas?

No se habla mucho. Conmigo ese tema no ha llegado.

Tal vez podrías consultarle a alguna de las cocineras; seguramente ellas tengan más testimonios de lo que pasa.

Pero al espacio nuestro, directamente, no llega.

ENTREVISTA 4 – SUBSECRETARIA DE IGUALDAD (2024)

Lugar: Municipalidad de Villa María

Desde su área, ¿cómo trabajan el acceso a los derechos sexuales y reproductivos?

No tenemos ninguna política. No se está llevando adelante ninguna política específica; no estamos trabajando esa línea. Digamos que se articula únicamente con lo que lleva adelante la Secretaría de Salud.

¿Las mujeres y las diversidades en los barrios tienen acceso a las políticas públicas de salud sexual?

Creo que sí. Si las mujeres o las diversidades van a los centros de salud, a los CAPS, pueden encontrar información sobre los programas que tiene la Secretaría de Salud para trabajar la salud sexual reproductiva y no reproductiva.

Ahora bien, no hay un trabajo de difusión por fuera de lo que se recibe dentro de un CAPS. No hay un trabajo territorial, no se sensibiliza ni se promueve información en las escuelas o en otros espacios comunitarios para que sea accesible a todo el mundo.

La información está para quien va al CAPS.

También esa información depende de la subjetividad de la persona que atiende. No existe un protocolo concreto: la respuesta depende de lo que piense la persona que recibe la consulta.

Respecto al consultorio IVE, ¿cómo es el dispositivo del municipio?

El Estado municipal tiene un dispositivo, pero no contamos con información concreta para evaluar si la política —que debería tener tres años de funcionamiento— efectivamente funciona ni si llega a todos los actores.

No tenemos datos para decir si el trabajo cubre las necesidades de mujeres y disidencias sexuales. Al menos yo no conozco esa información.

En relación con las trabajadoras sexuales: ¿tienen acceso a preservativos y otros insumos? ¿Cómo articula el municipio?

No hay un programa municipal que acompañe las necesidades de las trabajadoras sexuales.

Lo que se ha desarrollado en los últimos años viene desde organizaciones territoriales, sobre todo de la diversidad, porque entre las trabajadoras sexuales hay muchas personas trans.

Trabajó puntualmente con la organización *Putos Peronistas*. Con ellos íbamos a los puntos donde trabajan las personas y acercábamos preservativos y lubricantes. Algunos se conseguían por la Asistencia Pública y otros venían desde Córdoba.

Pero no existe un programa municipal que brinde, de manera continua, preservativos o lubricantes, ni un programa que garantice controles de salud para las trabajadoras sexuales.

Desde el Consejo de Mujeres, Género y Diversidad, ¿hubo demandas sobre políticas sexuales y reproductivas?

Sí. Cerca del 2020 hubo reclamos sobre salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

Las organizaciones feministas reclamaban por la implementación del consultorio IVE, algo que finalmente se logró después de aprobarse la ley, aunque el reclamo venía de antes.

También se planteó la necesidad de contar con información y políticas vinculadas a la menopausia: lubricantes, acompañamiento, procesos de perimenopausia. No hay políticas públicas pensadas para mujeres de esa edad, más allá de la prevención de ITS.

Además hubo reclamos por la ausencia de un programa municipal de acceso a elementos de gestión menstrual.

En general, las políticas que existen están centradas en lo biológico —anticonceptivos, preservativos— pero no contemplan una mirada social más amplia sobre la salud de las mujeres.

ENTREVISTA 5 – COORDINADORA DE PERSONAS MAYORES (2025)

Lugar: Área de Personas Mayores

Para vos, ¿cuál es la importancia de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos para las mujeres y la comunidad LGTBI?

Te voy a plantear uno de los derechos que hoy no tenemos: concientizar y visibilizar la etapa en la que las mujeres dejamos de ser reproductivas, lo que culturalmente llamamos “menopausia”.

Ahí te das cuenta de que existe una connotación negativa sobre un proceso vital de los cuerpos con útero. Dejamos de menstruar y de ser fértiles, pero eso no significa que dejemos de ser sexuales. La palabra “menos” ya marca esa connotación negativa: se

nos empieza a ubicar como mujeres “no deseadas” porque no somos fértiles. En la cultura patriarcal, las mujeres deseables son las fértiles.

La plenopausia es otra etapa: dejamos de ser fértiles, pero seguimos siendo sexualmente activas.

También tenemos otro desafío: las mujeres fuimos educadas para cuidarnos solo durante la edad fértil. Cuando dejamos de ser reproductivas, en relaciones sexuales estables o casuales ya no nos cuidamos, y podemos contagiarnos enfermedades.

Y además, hay algo que no se habla: qué significa entrar en la plenopausia. No tenemos estrógenos, el cuerpo cambia, el estado de ánimo cambia, nos encontramos con un cuerpo y una mente distintos, pero nadie nos prepara.

Sería muy importante que los cuerpos con útero puedan prepararse para vivir esta etapa con otros proyectos vitales, sin la connotación negativa que pesa sobre las mujeres que dejan de menstruar.

¿Qué barreras existen para la comunidad LGTBI en el acceso a derechos sexuales y reproductivos en la adultez y vejez?

En mi trabajo con personas mayores, la principal barrera es la no aceptación de la diversidad sexual en la vejez.

Socialmente, “todos los viejos son heteros”. Muchos además vivieron toda la vida demostrando que lo eran, cuando no tenían el derecho de vivir su sexualidad libremente.

Si pensamos en la vejez como una población que requiere cuidados, vemos que el mundo del cuidado tampoco está preparado para la diversidad. Está pensado para “mujeres con vagina” y “hombres con pene”. Nadie se pregunta cómo cuidar a una persona trans.

¿Qué van a hacer las instituciones geriátricas cuando reciban personas trans? ¿Desde dónde se las va a cuidar? No hay respuestas, porque nadie lo ha pensado.

A esto se suma una barrera previa: la negación de la sexualidad en la vejez. Existe el mito de que “los viejos no son sexuales”.

Si mirás las residencias, los varones están por un lado y las mujeres por otro, como si la sexualidad se extinguiera. Pero no es así: la sexualidad permanece mientras vivimos; lo que cambian son los modos. Ese es un derecho avasallado.

Basta preguntarle a un hijo si imagina a sus padres teniendo relaciones: va a decir que es “repugnante”. En cambio, la sexualidad en la juventud es vista como un goce. Ahí ves cómo opera esta construcción social.

La negación empieza incluso antes de los 60 años, cuando la mujer deja de ser fértil. Son construcciones sociales que venimos arrastrando.

Las mujeres enfrentan mayores negaciones de derechos, y además el envejecimiento es femenino: vivimos más años y más años solas.

Por eso también hay negación hacia el enamoramiento en la vejez, a construir nuevas parejas, a nuevas identificaciones sexuales. Hay muchas barreras y construcciones sociales muy arraigadas, sobre todo entre quienes toman decisiones sobre los cuerpos de las personas cuidadas.

Por eso hay que empezar a formarse ahora. La pregunta “¿cómo cuidar a una persona trans en la vejez?” todavía no tiene respuesta. Y no la tiene porque nadie la ha querido pensar.

ENTREVISTA 6 – GINECÓLOGA (ASISTENCIA PÚBLICA) (2025)

Lugar: Asistencia Pública

Para vos, ¿cuál es la importancia de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva?

Para mí, que trabajo en el sector público, es fundamental que todas las mujeres puedan acceder y cuidarse, decidir cuándo tener hijos o cuándo no tenerlos, cuidarse de enfermedades y también acceder a interrupciones del embarazo cuando lo necesitan.

Muchas mujeres vienen porque viven situaciones de violencia, otras porque no tuvieron acceso a un método anticonceptivo. La ley les permite venir, decidir y acceder a un método para cuidarse.

Es clave que sea igualitaria.

¿Cuáles son las principales causas por las que las mujeres llegan tarde o no consultan?

Veo de todo. Muchas mujeres tienen a cargo varios hijos o, aunque tengan uno, los horarios no les dan trabajo, tareas de cuidado, llevar y traer a los chicos.

Para una mujer sola es muy difícil venir, sacar turno, volver, esperar. No hay turnos, o el sistema genera trabas.

También está la idea de “está todo bien” hasta que se quedan embarazadas. Recién ahí muchas empiezan controles o toman conciencia.

Veo muchas madres que traen a sus hijas adolescentes preocupadas por la anticoncepción. Antes venían solas; ahora casi todas vienen acompañadas por sus madres.

Las adolescentes menores de 18 casi nunca consultan solas.

¿Qué pasa con las mujeres menopáusicas en el sistema de salud?

Las menopáusicas están abandonadas. No existe un programa de salud que las contemple.

El único programa que incluye algo es el de cáncer de mama (a partir de los 40) y el PAP para cuello uterino. Pero no hay medicación ni tratamientos específicos para la menopausia.

Está naturalizado que la mujer sufra: calores, labilidad emocional, depresión, sequedad vaginal, incontinencia, osteoporosis. Y no hay tratamientos hormonales disponibles ni programas nacionales o provinciales.

Tratamos de usar hormonas pensadas para mujeres fértiles (anticonceptivos) para paliar algunos síntomas, pero no es lo adecuado.

La mujer menopáusica está abandonada desde siempre.

Y hoy, con la expectativa de vida tan alta, pasan más de la mitad de su vida en menopausia sin tratamiento.

¿Han aumentado las enfermedades de transmisión sexual?

Sí, mucho. En dos extremos: adolescentes y jóvenes que no usan preservativo, y personas de 40–50 años que retoman su vida sexual tras separaciones o divorcios.

En ese grupo no usan preservativo porque “ya no hay riesgo de embarazo”.

La sífilis sigue altísima, cuando no debería existir porque tiene cura.

También hay muchos casos de HIV en adolescentes y en adultos.

¿Consultan mujeres o personas LGTBIQ+ por fertilidad asistida?

Muy pocas. Veo muchísimo volumen de pacientes y te diría que una o dos consultas por año.

Las derivó al Hospital Pasteur o a Córdoba.

No se habla mucho del tema; hay mucho desconocimiento.

Yo siempre pregunto por el deseo, porque tampoco se consulta sobre eso. Las preguntas básicas ni se hacen.

¿Articulan con otras instituciones públicas o privadas?

Con las privadas no; hay muchas trabas.

Solo trabajamos articuladamente con el Hospital Pasteur.

¿Llevan algún registro o monitoreo de pacientes?

Yo tengo registros personales: métodos de larga duración que coloco, todos los PAP y colposcopías, embarazadas y sus controles.

Lo uso para seguimiento clínico.

Pero no existe un registro institucional o estadístico.

¿Las pacientes que llegan son principalmente del centro o también de barrios?

La prioridad es la zona centro, pero yo no discrimino. Atiendo embarazadas y mujeres de los barrios sin problemas.

La demanda es variada.

¿Cómo está funcionando la aplicación de IVE?

Trabajamos muy bien.

Falta recurso humano. La medicación está, pero sabemos que puede discontinuarse en algún momento.

Tenemos un buen circuito armado, pero se pierde gente del equipo. Es mucha la demanda.

Cada paciente IVE implica 4 o 5 consultas (sobre turnos). Es mucho trabajo.

Las mujeres están muy informadas: acceden más rápido, vienen antes.

Las complicaciones son pocas.

El 80% se va con un método anticonceptivo colocado.

Hay que invertir en profesionales: médicos hay, pero faltan puestos.

¿La falta de personal se relaciona con la objeción de conciencia?

La objeción también tiene que ver con el sistema: quedar sola en contra del sistema es muy difícil.

La carga de trabajo es enorme; por eso muchos profesionales objetan.

Pero si hubiera más recursos humanos, sería mucho más llevadero.

ENTREVISTA 7 – SUBSECRETARIO DE SALUD (2024)

Lugar: Secretaría de Salud – Villa María

¿Cuál es la importancia de la aplicación de políticas públicas de salud sexual, reproductiva y no reproductiva en el primer nivel de atención en el marco de la Ley 27.610?

La aplicación de estas políticas tiene una gran relevancia porque facilita el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de la comunidad.

El Estado Municipal, como garante, adopta medidas centradas en las demandas sociales y eso genera un impacto significativo en la salud poblacional. Permite que las personas tomen decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad, incluyendo el derecho a ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción.

¿Tienen las mujeres y la comunidad LGBTIQ B + un acceso garantizado a estos derechos?

Sí, tienen mayor y mejor acceso, pero la garantía no es completa.

No contamos en todos los espacios de la Secretaría de Salud con personal sin objeción de conciencia para IVE/ILE, y eso constituye una barrera para el ejercicio pleno de los derechos.

De todos modos, se trabaja para que todo el equipo esté capacitado para implementar, derivar oportunamente y realizar seguimiento de los casos.

¿Existen datos y monitoreo sobre la aplicación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en Villa María?

Sí, existen datos en cada uno de los dispositivos.

Pero como debilidad, considero la falta de construcción de indicadores y de análisis acorde a la complejidad que estas políticas ameritan.

¿Cómo se articula con el Hospital Regional Pasteur?

Se trabaja de manera articulada y permanente con el Hospital Regional Pasteur.

¿Cómo funciona el dispositivo IVE–ILE en el municipio?

El dispositivo IVE–ILE tiene como objetivo garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la atención post-procedimiento, según la Ley 27.610.

Está basado en los principios de accesibilidad y oportunidad, para reducir la morbi-mortalidad de las personas gestantes.

Ante una demanda en CAPS o en la Asistencia Pública, se otorga turno protegido y se realiza consejería en derechos (marco legal, opciones, tratamiento seguro, acompañamiento integral dentro del sistema de salud).

Si en el CAPS donde se realiza la primera consulta existe objeción de conciencia, debe garantizarse la derivación a otra/o profesional en forma oportuna, dentro del plazo legal de 10 días corridos desde la solicitud.

ENTREVISTA 8 – COORDINADORA CENTRO DE PROMOCIÓN FAMILIAR (2025)

Lugar: Centro de Promoción Familiar

Desde tu rol como coordinadora del Centro de Promoción Familiar, ¿cómo trabajan el acceso a los derechos sexuales y reproductivos?

Trabajamos primero con los niños y niñas a través de Educación Sexual Integral, desde la sala de bebés, abordando los contenidos adecuados a cada edad.

También trabajamos con el grupo familiar mediante diferentes talleres en las salas, y dentro de un proyecto socio-comunitario que tenemos hace tres años llamado "*Mujeres tenían que ser*". Allí se abordan temáticas transversales a todas las mujeres, cosas que nos pasan a todas.

En muchos de esos talleres se trabajó sobre el cuidado del cuerpo, reproducción, anticoncepción, la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, entre otros temas.

Siempre estamos acompañadas por profesionales del CAPS Sebastián Valor, y también invitamos profesionales externos que nos ayudan a trabajar y abordar los temas en la comunidad.

¿A quiénes está destinado el proyecto? ¿Participan familias y vecinas?

Sí. Participan mamás y papás de los niños y niñas que asisten al Centro. Está destinado a las familias, especialmente a mujeres, pero también difundimos la invitación en instituciones barriales y suelen sumarse vecinas.

Incluso vienen mujeres que ya no tienen hijos en el jardín, pero siguen participando porque les interesa.

En los talleres surgen muchas preguntas sobre derechos sexuales y reproductivos, según la temática del mes.

Cuando no tenemos respuesta inmediata, junto con las chicas del CAPS tratamos de generar un nuevo taller para responder esas inquietudes.

Por ejemplo, en el taller de abril trabajamos gestión menstrual; participaron mujeres adolescentes y adultas, y se habló de reproducción y sexualidad en distintas etapas de la vida.

¿Creés que los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos están garantizados en el barrio?

Creo que existen, pero no sé si están garantizados al 100%, ni si todas las mujeres de la comunidad los conocen.

Mientras te hablo, pienso que podríamos armar un taller específicamente sobre este tema porque, aunque los derechos existen, no estoy segura de que todas tengan la información.

Cuando surgen demandas puntuales, conocemos el protocolo y trabajamos mucho con las chicas del CAPS.

Nos ha tocado hablar del tema en entrevistas de ingreso de niños al jardín; a veces aparecen consultas ahí, o entre docentes y madres.

¿Cómo fue cambiando la conversación en torno a la Ley IVE desde su aprobación hasta ahora?

El primer año que lo trabajamos generó mucho debate. Veníamos recién de la aprobación de la ley y había posiciones muy enfrentadas.

Hoy se habla desde otro lugar: se sabe que la ley existe, que cada persona puede decidir, que se puede consultar en el centro de salud o en el hospital y que no pueden negarte la información.

La discusión dejó de centrarse en si estaba bien o mal, y pasó a entenderse como un derecho.

En el encuentro anterior se mencionó y no generó el debate fuerte que sí se dio hace dos años, cuando hasta surgían discusiones religiosas.

Ahora se habla con más naturalidad y menos conflicto.

¿Algo más que quieras agregar?

Sí. Me parece que estaría bueno pensar algo en conjunto para trabajar estos temas con los vecinos y vecinas.

Tal vez para junio o julio podrías venir con todo lo que estás investigando y compartirlo con la comunidad.

ENTREVISTA 9 – FARMACÉUTICA (2024)

Lugar: Asistencia Pública – Farmacia Municipal

¿Cuál es la relevancia de la aplicación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva?

¿Se aplican en la ciudad? ¿De qué manera?

Las políticas públicas cumplen un rol fundamental en la salud de la población, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

En la ciudad de Villa María, desde el área municipal y a través de la Secretaría de Salud y sus Centros de Atención Primaria (CAPS), se brinda acceso gratuito y de calidad, especialmente a quienes no cuentan con obra social o prepaga.

Aunque existen limitaciones que dependen de otros organismos e instituciones, este acceso es esencial porque garantiza la cobertura oportuna de todos los aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva:

- Atención médica (ginecología, ecografías, controles)
- Consejerías médicas y no médicas (trabajo social, enfermería, farmacia)
- Entrega de anticonceptivos reversibles

Los métodos disponibles incluyen:

- Anticonceptivos orales (ACO)
- Preservativos masculinos
- DIU y SIU (hormonal y no hormonal)

- Implante subdérmico
- Anticonceptivo inyectable mensual y trimestral

¿Cómo se obtienen los recursos para garantizar estos derechos?

Los insumos anticonceptivos son provistos mayoritariamente por el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con entregas mensuales y gratuitas.

De manera minoritaria también se reciben insumos del Programa Remediar.

Eventualmente, cuando el stock nacional o provincial resulta insuficiente, el Municipio se hace cargo de la compra para garantizar la cobertura y evitar faltantes.

La distribución y entrega se realiza desde la farmacia de cada CAPS, ubicada estratégicamente según el área programática.

¿La población accede en su totalidad a los derechos sexuales y reproductivos? ¿Existen barreras?

El acceso existe y está disponible, pero está condicionado por la provisión nacional y provincial —cuando los envíos demoran o llegan incompletos— y por la capacidad operativa de cada CAPS.

Aun así, la política local asegura que toda persona pueda acceder sin costo a los métodos anticonceptivos disponibles.

Las barreras suelen ser externas al nivel local: demoras de Nación, falta de stock, o tiempos administrativos para reposición.

¿Cómo trabaja la Secretaría de Salud el acceso a IVE/ILE?

La Secretaría de Salud cuenta con un equipo interdisciplinario (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, administrativos y farmacéutica) que garantiza el cumplimiento de la Ley 27.610.

La atención IVE/ILE se brinda en todos los CAPS siguiendo el marco legal y los protocolos vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.

Los medicamentos disponibles para estas prácticas son:

- Misoprostol 200 mcg
- Misoprostol 200 mcg + Mifepristona 200 mg (Combipack)

Ambos se dispensan de manera totalmente gratuita.



Matriz de Marco Lógico

Programa Municipal de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva – Villa María

FIN	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Fin 1: Fortalecer un modelo de salud colectiva integral, equitativo y participativo, que asegure el acceso territorial, la continuidad de cuidados y la articulación entre los dispositivos del sistema de salud, promoviendo prácticas más libres, igualitarias y respetuosas de la diversidad.	- Incremento del 30% en la accesibilidad territorial.	- Registros CLINIA. - Reportes interinstitucionales. - Informes operativos de CAPS y Asistencia Pública. - Reportes APS.	- Sostenibilidad municipal. - Disponibilidad de recursos humanos.
Fin 2: Contribuir a disminuir la incidencia de ITS y embarazos no intencionales mediante prevención, diagnóstico temprano y acompañamiento integral desde la APS.	- Reducción del 15% en ITS notificadas en dos años.	- Informes epidemiológicos. - Registros CLINIA.	- Abastecimiento de insumos. - Acceso territorial.

Propósito

PROPÓSITO	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
-----------	--------------------------	------------------------	-----------

Fortalecer el acceso equitativo, integral y sostenido a los servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva en la APS de Villa María.	- 50% de CAPS con consejería, insumos y derivación activa.	- Registros informatizados municipales.	- Estabilidad institucional y funcionamiento de CAPS.
---	--	---	---

Componentes

COMPONENTES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Componente 1: Creación del Programa Municipal.	Ordenanza aprobada y equipo designado en 3 meses.	Ordenanza publicada, actas y resoluciones.	Voluntad política.
Componente 2: Red Interinstitucional.	Red conformada con 10 instituciones en 5 meses.	Convenios, actas, listados oficiales.	Instituciones disponibles.
Componente 3: Capacitación continua.	Programa validado en 4 meses.	Actas, cronograma, material formativo.	Participación de equipos.
Componente 4: Comunicación comunitaria.	Campaña integral validada en 6 meses.	Documento de campaña, materiales gráficos.	Recursos disponibles.
Componente 5: Salud menstrual y menopausia.	Inventario distribuido antes del mes 9.	Planillas de distribución.	Abastecimiento de insumos.
Componente 6: Registro y monitoreo (UNVM).	Subsistema diseñado + 2 informes semestrales y 1 anual.	Informes publicados, bases consolidadas, actas de validación.	Compromiso UNVM–Municipio.