



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

Tesis de Licenciatura en Sociología

**Las opiniones de los/as trabajadores/as de la
Atención Primaria de la Salud sobre la Salud Sexual
y Reproductiva**

Tesista: Natacha Mateo

Matrícula: 17.340

Directora: María Paula Lehner

Co-Directora: Agustina Cepeda

Fecha de presentación: 01/10/2015

Índice:

	Página
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1: Los aportes a la Salud Sexual y Reproductiva desde las Ciencias Sociales	
1.1) Introducción.....	6
1.2) Las opiniones de los profesionales de la salud sobre Salud Sexual y Reproductiva.....	10
1.3) La investigación social en relación a la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y su implementación en la salud pública argentina.....	16
CAPÍTULO 2: El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: antecedentes, objetivos, alcances y limitaciones	
2.1) Un poco de historia: entre los pro y los anti natalistas, ¿dónde quedan los derechos de las mujeres?	20
2.2) La salud pública en Argentina	28
2.3) La salud pública en Mar del Plata	32
2.4) El monitoreo de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva por parte del Estado: sus objetivos, alcances y limitaciones dentro del sistema sanitario argentino.....	36
2.5) Los Derechos Sexuales y Reproductivos como parte de los Derechos Humanos	43
2.6) El aborto: ¿una deuda de la democracia?	50
CAPÍTULO 3: Estrategia metodológica	
3.1) Objetivos y metodología	57
3.2) Descripción del ámbito de estudio	61

CAPÍTULO 4: Resultados de la investigación. ¿Qué es la Salud Sexual y cómo se trata en Atención Primaria de la Salud?

4.1)	Introducción	64
4.2)	Planificación familiar,.....	67
4.3)	Anticoncepción	71
4.4)	Embarazos no planificados	82
4.5)	Infecciones de Transmisión Sexual	86
4.6)	Los trabajadores de los Centros de Atención Primaria de la Salud, ¿qué opinan del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable?	89
CONCLUSIONES		93
GLOSARIO		98
BIBLIOGRAFÍA		99
ANEXOS		108

INTRODUCCIÓN

“Donde existe una necesidad, nace un derecho”

Eva Perón

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han sufrido muchos vaivenes durante el siglo XX. A mediados del último siglo, mientras se firmaba en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la discusión sobre la natalidad y la fecundidad en Argentina formaba parte de los debates poblacionales de la época sin contemplar el deseo de las mujeres. Aunque diferentes grupos feministas en todo el mundo se esforzaron por separar la sexualidad de la procreación durante toda la década del '60, fue en 1968 cuando la Conferencia Internacional de Derechos Humanos resolvió que la elección de cuántos hijos tener y cuándo era un derecho de las personas. Aún así, en 1974 en Argentina, José López Rega decretó, con fines poblacionistas, la prohibición de la comercialización de pastillas anticonceptivas y el cierre de los consultorios públicos de Planificación Familiar (PF). Recién en la década de 1980 se comenzó a mencionar en el mundo el concepto de Derechos Reproductivos, aunque aún estábamos lejos de poder hablar de Derechos no Reproductivos. Debieron pasar 15 años más para que en las Conferencias Internacionales realizadas en El Cairo y Beijing se ratificara el derecho a poder decidir de manera libre de coerción y violencia sobre la maternidad, entendida como un derecho de las mujeres. A pesar de todos estos avances y retrocesos, en el año 2003 se sancionó en nuestro país la Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Esta ley se propuso garantizar, desde un enfoque de género, el acceso universal a los servicios de SSR con el fin de que varones y mujeres puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, a partir de la implementación de un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR).

Sin embargo, la implementación de toda política pública representa un terreno de disputa constante. Las legislaciones no sólo llevan un proceso de debate previo a su sanción, en el cual se expresan las diferentes posturas al respecto, sino que también durante el proceso de ejecución de dicha política estas posturas entran en tensión. Claramente, la implementación de la Ley no superó del todo las

discusiones previas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. Aún hoy, 12 años después de su sanción, se pueden observar barreras en el acceso a los servicios de SSR de algunos sectores de la población.

Esta investigación se propone analizar el funcionamiento de las Consejerías de SSR de dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la ciudad de Mar del Plata, en relación con la implementación del PNSSPR. En este sentido, se intenta analizar las opiniones de los profesionales de la salud sobre la atención que brindan a los/as usuarios/as sobre SSR, para poder indagar sobre los obstáculos y desafíos que reconocen en la implementación del PNSSPR.

Para ello, este trabajo se divide en cuatro capítulos. Un primer capítulo conformado por el estado de la cuestión, dónde se retoman las investigaciones más pertinentes en el campo de la SSR que hacen hincapié en la opinión de los profesionales de la salud y la Ley de SSR.

Un segundo capítulo donde se explica la génesis de la Ley a partir de una perspectiva histórica, se describe al sistema de salud sostenido en la Atención Primaria de la Salud (APS), se presenta un encuadre teórico de la SSR desde los derechos humanos y los datos estadísticos disponibles en el país sobre SSR (tanto del Ministerio de Salud como del INDEC).

Un tercer capítulo donde se presentan los objetivos de la investigación, la estrategia metodológica, la construcción de la muestra y el ámbito de estudio.

Y un cuarto capítulo denominado “¿Qué es la Salud Sexual y Reproductiva y cómo se trabaja en Atención Primaria de la Salud?”, donde se exponen los resultados del trabajo de campo organizado alrededor de cinco ejes temáticos relevantes: Planificación Familiar, Anticoncepción, Embarazos no planificados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Balance del PNSSPR.

Por último, se presentan las conclusiones de la investigación, un glosario con las siglas utilizadas, la bibliografía y los anexos.

CAPITULO 1: Los aportes a la Salud Sexual y Reproductiva desde las Ciencias Sociales

“En nuestra opinión, a partir de la madurez institucional, teórica y metodológica alcanzada por nuestras disciplinas, se impone a esta altura ir más allá de las sociologías en, de o contra la medicina y tomar partido por una sociología y unas **ciencias sociales con la medicina**. Esto es, por unas ciencias sociales conscientes del valor de su acervo científico y que, sin subordinaciones ni soberbias, apunten en un pie de igualdad a operar junto con la medicina, de manera de potenciar recíprocamente las capacidades de conocer e intervenir sobre la problemática de salud/enfermedad”

Llovet y Ramos, 1995

1) Introducción

El objetivo de este primer capítulo es realizar una compilación de las investigaciones más relevantes y pertinentes en el estudio de la SSR. Para ello, se presentará brevemente la discusión entre las Ciencias Sociales y las Ciencias Biomédicas con la intención de delimitar el terreno disciplinar en el que nos enmarcamos. Luego, se profundizará en el análisis de las investigaciones más relevantes para nuestro trabajo.

Cabe destacar que históricamente, la relación entre Ciencias Biomédicas y Ciencias Sociales ha sido conflictiva (Llovet y Ramos, 1995; Ramos, 2007; López y Pantelides, 2007; López y Findling, 1998; Kornblit y otros, 2012; Duarte Osis, 2007; Trostle, 2007; Dominguez Mon y otros, 2000; Cáceres y otros, 2006). El campo de investigación sobre la salud/enfermedad se ha encontrado envuelto en una lógica de disputa constante entre diferentes especialidades producto de su carácter multidisciplinar. En algún sentido, se podría llegar a hablar de la inconmensurabilidad de dos paradigmas que, al momento de dialogar, se encuentran con un terreno de investigación, intervención y acción colmado de

disciplinas y profesionales que, desde sus respectivos enfoques teóricos, pretenden incidir en las problemáticas del campo.

El debate entre ambas ciencias ha sido planteado por Ramos (2007) con el objetivo de lograr encontrar una síntesis que permita aunar criterios sobre el carácter multidisciplinar del campo; la utilización de los esfuerzos para transferir el conocimiento producido sobre los problemas de salud de las poblaciones en políticas que generen beneficios concretos (y cuantificables) a estas poblaciones; los límites de los abordajes metodológicos pensados en términos dicotómicos como metodología cualitativa y metodología cuantitativa, y la imposibilidad de pensar en algún tipo de superación teórico-metodológica (Ramos, 2007).

En esta línea, el campo de las Ciencias Médicas y el campo de las Ciencias Sociales tienen una estructuración lógica y política de dos culturas diferentes. Sobre este aspecto Ramos (2007) afirma que

“La medicina y la sociología son campos disciplinarios y profesionales que pueden entenderse en una primera instancia, y sólo en una primera instancia, como dos culturas diferentes que tienen formas diferentes de conceptualizar la realidad de la salud/enfermedad, y dentro de las cuales los profesionales somos culturizados y entrenados para ver e interpretar el mundo de la salud/enfermedad de una manera particular” (2007: 406).

Para superar el debate y potenciar las investigaciones que sintetizan estas dos formas de interpretar al mundo de la salud/enfermedad y que puedan combinarse sin subestimarse mutuamente, Ramos (2007) recupera la diferenciación que realiza Strauss (1957) sobre la “sociología en la medicina” y “la sociología de la medicina”. Para el autor, en la primera acepción, los sociólogos sólo proporcionan sus conocimientos y métodos de investigación a los médicos, a los servicios de salud o en las instancias decisorias de políticas públicas en la materia. En la segunda, en cambio, se aborda la salud y la medicina como factores sociales susceptibles de ser analizados a partir de una teoría sociológica.

Frente a esta dicotomía que separa dos formas de comprender la relación teórica e investigativa entre las Ciencias Médicas y la Sociología, Llovet y Ramos (1995) afirman que es necesario superar la dicotomía entre las Ciencias Sociales y la Medicina como dos paradigmas diferentes, y que se debe apuntar a profundizar los análisis multidisciplinares “de manera de potenciar recíprocamente las capacidades de conocer e intervenir sobre la problemática de salud/enfermedad” (Llovet y Ramos, 1995).

Esta cita es el punto clave para responder una pregunta que atraviesa todo este trabajo: ¿Por qué es necesario estudiar el sistema de salud desde las Ciencias Sociales en general y la Sociología en particular? Como una suerte de premisa, consideramos fundamental pensar la relación entre las Ciencias Sociales y la Medicina, sin que un paradigma supere al otro, sino que se complementen con el objetivo de profundizar los análisis sociales en el campo de la SSR.

La bibliografía académica sobre SSR, partiendo de esta relación entre las Ciencias Médicas y las Ciencias Sociales, es muy amplia, por lo que este capítulo se propone realizar una compilación de algunos de los trabajos más relevantes y pertinentes en estos campos.

Nuestra investigación analiza las opiniones y los significados de los y las profesionales de la salud (que ejercen su trabajo en APS) con respecto a la implementación de políticas públicas en materia de SSR. Para ello, la metodología cualitativa nos permite, a partir del análisis de sus opiniones junto con sus prácticas cotidianas, develar los significados que los profesionales le otorgan a la SSR.

Por lo tanto, partimos de comprender que son los profesionales de la salud quienes materializan las políticas, las leyes y las normas institucionales en la práctica. En este sentido, son ellos quienes adaptan las categorías de dichas políticas a la cotidianidad del consultorio. Es más, en parte de ellos/as depende que el acceso a los servicios de salud sea fácil o difícil, en tanto y en cuanto se puedan separar sus valores individuales de su práctica profesional o no. Entonces, estudiar la opinión de los profesionales de la salud es una forma de pensar un

eslabón fundamental en la aplicación de las políticas públicas (Ramos y otros, 2001). Por ello es que resulta esencial investigar sobre cómo influyen estas opiniones en la construcción de saberes de estos profesionales en los temas que nos interesan en este trabajo.

En nuestro país, las investigaciones que analizan la relación entre los/las trabajadores/as de la salud y la SSR se han centrado en diferentes aspectos (Ramos y otros, 2001; Pantelides y Bott, 2000; Wainerman y Binstock, 1993; Schwartz, 2009; Torrado Acevedo, 2012; Vidal, 2007; Schufer y otros, 2006; Cappuccio y otros, 2006; Morales y Querro, 2008; Pecheny y otros, 2012; Mautone y Rodriguez, 2013; Zaldúa y otros, 2010). Éstos han sido, por un lado, los trabajos relacionados con el papel de los profesionales de la salud en tanto agentes fundamentales en la prevención de embarazos y de ITS (Gogna, 2005; Gogna y otros, 1997; Checa, 2006; Vázquez, 2006; Pantelides y Cerrutti, 1992; Pantelides y otros, 1995; Weller, 2007; Cuberli, 2012). Por otro lado, es posible rastrear varias investigaciones sobre cómo se implementan las políticas públicas en materia de SSR (Petracci y Pecheny, 2009; Ramón Michel y otros, 2013; Aronna, 2007; Morrone, 2007, 2004, 2008; Brown, 2006; D'Angelo Gallino, 2006; Di Leo, 2009; Peña Borrego, 2005; Ortiz y otros, 2011); focalizando en algunos de estos trabajos que hacen especial hincapié en la Ley de SSR (Pecheny, 2012; Petracci y otros, 2006; Daverio, 2006). A su vez, también es importante retomar la vasta bibliografía sobre PF y aborto (Zurbriggen y Anzorena, 2013; Klein, 2013; Faudés y Barzelatto, 2011; Chaneton y Vacarezza, 2011; Bellucci, 2014; Checa, 2006; Gutiérrez, 2010).

A continuación, nos detendremos en aquellas investigaciones que analizan la Ley 25.673 de SSR, y la opinión del personal de salud sobre temáticas como la SSR en general, las ITS, la anticoncepción o el aborto en particular.

2) Las opiniones de los profesionales de la salud sobre Salud Sexual y Reproductiva

En esta investigación hemos decidido profundizar sobre la relación entre los trabajadores de la salud y su rol como agentes de prevención de embarazos e ITS. Al respecto, el estudio realizado por Ramos y otros (2001), tuvo como objetivo examinar las opiniones de los ginecólogos/as y obstetras de los establecimientos públicos de la ciudad de Buenos Aires y de algunos partidos seleccionados del Gran Buenos Aires sobre temas centrales de la agenda de la salud reproductiva: anticoncepción, aborto y derechos sexuales y reproductivos.

Para las autoras, la profesión médica ejerce un papel central en la reproducción humana, ya que éstos son los expertos en la temática y, por lo tanto, ofician de autoridad. Al respecto, nos interesa remarcar que

“Su influencia se desenvolvería a través de: a) sus prácticas, en las que manejan diversos recursos y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; b) sus mensajes, los que comunican a recipiendarios de sus servicios, y así mismo los que transmiten hacia audiencias más amplias. A su vez, por acción u omisión, son los mediadores de las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia del Estado” (Ramos y otros, 2001: 27).

Aunque la investigación realizada por las autoras es previa a la sanción de la Ley Nacional de SSR, consideramos que recuperarla nos permite realizar una comprensión más acabada de la opinión de los médicos en el contexto anterior a la sanción de la Ley. En este sentido, a las autoras les interesa poder pensar cómo operan los valores, las creencias, las opiniones tanto en las prácticas como en el discurso médico.

Posterior a la sanción de la Ley, varios trabajos han puesto el eje principal en la relación entre ésta y el personal de salud en diferentes provincias del país (Cappuccio y otros, 2006; Schwarz, 2009; Gogna, 2011; Petracci y Ramos, 2006;

Brown, 2006; Gianni y Zamberlin, 2011), dando cuenta de las particularidades de cada una de ellas a raíz del carácter federal de la Nación. Como consecuencia de una implementación del PNSSPR no homogénea en todas las provincias (principalmente debido a las particularidades del sistema de salud público de cada una de ellas), las investigaciones sobre la opinión del personal médico y la SSR no se han hecho a nivel nacional sino dando cuenta de las particularidades de cada región.

Tomando como punto de partida esta investigación que acabamos de describir, Schwartz (2009) analiza los discursos y las prácticas en torno a la maternidad de ginecólogos, obstetras y mujeres jóvenes de clase media urbana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, realiza entrevistas y grupos focales con estos profesionales y mujeres, con el objetivo de intentar comprender cómo operan los discursos médicos de manera performativa en nociones como la maternidad. Además, se pueden concebir nociones tales como la sexualidad, la anticoncepción, la PF y el aborto en tanto terrenos de disputa constantes donde los profesionales de la salud tienen un capital simbólico que les otorga un espacio privilegiado en las relaciones de poder que se establecen con los pacientes dentro del consultorio (Schwartz, 2009).

En este sentido, más allá de que la Ley de SSR se proponga garantizar a toda la población, el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgo, a partir del acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y la procreación responsable, hay varias cuestiones que pueden aparecer como obstáculos en su aplicación. Con respecto al rol del personal médico, estos obstáculos pueden aparecer en

“las concepciones, creencias y perfiles de formación de los profesionales de la salud, sus intereses en el marco de sus desempeños en el sector privado en contraste con los que desarrollan –los mismos profesionales- en el sector público, su apego a ciertas prácticas del modelo asistencial vigente” (Cappuccio, Nirenberg y Pailles, 2006: 68).

Por otro lado, con respecto a la población, según los autores,

“pesan los sistemas de creencias, las filiaciones religiosas, la baja conciencia de los propios derechos y la falta de información adecuada sobre temas de salud sexual y reproductiva” (Cappuccio, Nirenber y Pailles, 2006: 68-69).

Entendiendo que los obstáculos mencionados anteriormente son algunos de los factores que pueden interceder al momento de la aplicación de una política pública, pero no son necesariamente los únicos, los autores se propusieron conocer los obstáculos basados en actitudes y concepciones del equipo de salud que dificultan la adecuada atención de SSR; indagando especialmente el nivel de conocimiento de los profesionales sobre la Ley Nacional (junto con las leyes y jurisdicciones provinciales), así como también las actitudes de los mismos hacia los adolescentes, hacia el género y hacia los programas en ejecución sobre SSR. A partir de su trabajo, pueden afirmar que esas concepciones, actitudes y conocimientos obstaculizan la efectiva aplicación de la Ley. De esta manera, identifican varios tipos de barreras en su implementación: barreras administrativas (horarios de atención inadecuados, incomodidad para conseguir turnos, largas esperas presenciales, horarios restringidos para la entrega de métodos anticonceptivos), barreras técnicas (exigencia de estudios complementarios para acceder a un método anticonceptivo, escaso tiempo dedicado a la consulta, baja calidad de atención), barreras económicas (falta de medios para pagar bonos o para el transporte). Además, aparecen otras barreras como la carencia de recursos humanos y su déficit de capacitación en SSR, la resistencia abierta a la entrega de Métodos Anticonceptivos (MAC) por motivos ideológicos o religiosos (objeción de conciencia), y resistencia a la entrega de MAC a los adolescentes sin la presencia de familiares adultos responsables (Cappuccio, Nirenberg y Pailles, 2006).

Estos mismos obstáculos son recuperados por Gogna (2011) cuando se propone analizar la existencia de diferencias en el modo en que los médicos se posicionan frente a los conflictos y los dilemas que, en los servicios públicos de salud, genera la atención de SSR de la población adolescente en la Argentina. La autora observa algunas “paradojas” o contradicciones en los discursos médicos

que repercuten directamente en la forma en la que se llevan adelante las políticas públicas en materia de SSR. Por ejemplo, los médicos acuerdan que la despenalización del aborto contribuiría a disminuir la mortalidad materna, pero no apoyan la medida; algunos profesionales consideran que la maternidad adolescentes es de alto riesgo y otros que no; la mayoría de los profesionales sostienen que es necesario prevenir el embarazo adolescente pero tienen reparos en recetar MAC a esta población; se aconseja en los centros de salud a las mujeres con VIH no embarazarse, pero no se les otorgan consejerías adecuadas sobre MAC; entre otras (Gogna, 2011).

En lo que respecta al estudio de las barreras impuestas por los profesionales de la salud en el acceso a la SSR (Cappuccio, Nirenberg y Pailles, 2006) y la generación de “paradojas” en la relación entre el discurso y la práctica médica (Gogna, 2011), resultan ejemplificadores los trabajos que se centran en la anticoncepción quirúrgica (Brown, 2006; Gianni y Zamberlin 2011) y en las ITS (Weller, 2007; Cuberli, 2012; Recorder, 2011; Pecheny, 2008, 2000)

Sobre la anticoncepción quirúrgica, Josefina Brown (2006) ha estudiado la opinión del personal médico en la provincia de Mendoza con respecto a la ligadura tubaria, cuando se encontraba en debate parlamentario el Proyecto de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria. En este trabajo, la autora problematiza la forma en que opera la opinión de los profesionales de la salud al momento de recomendar un MAC particular. Siendo que, según ella, hay un sector de los profesionales conservador que se resiste a ofrecer a las mujeres la anticoncepción quirúrgica como posibilidad, basada en argumentos éticos y morales.

Aunque el trabajo de Brown (2006) es previo a la sanción de la Ley de Anticoncepción Quirúrgica, resultó fundamental para nuestro análisis la forma en que la autora concibe la opinión del personal de salud como eje fundamental para el ofrecimiento de un MAC en vez de otro.

En relación a cómo se han ido concibiendo en Argentina los derechos sexuales en general y la anticoncepción en particular, durante décadas “la anticoncepción quirúrgica ha sido afectada por una serie de instrumentos legales

que la prohibían o restringían severamente, y las instituciones públicas de salud exigían una autorización judicial para realizarla” (Gianni y Zamberlin, 2011) ya que se consideraba que los MAC debían ser “reversibles, no abortivos y transitorios” (Brown 2006). Por ende, la ligadura de trompas había quedado fuera de esa definición y sólo podían acceder a la misma las mujeres de los sectores más altos.

La ligadura de trompas como MAC resulta pertinente para el análisis ya que los obstáculos con los que se encuentran las mujeres para acceder a ella está condicionado por las concepciones, creencias y perfiles de formación de los profesionales de la salud que recuperábamos anteriormente.

Con respecto a las ITS, una investigación realizada por Weller (2007) indaga sobre cómo las opiniones de los profesionales de la salud influyen en la respuesta que ofrece el sistema de salud a una problemática que le plantea nuevos desafíos. En el caso de las personas viviendo con VIH, se trabajó sobre la prevención de la transmisión vertical del virus y el uso de MAC. Al respecto, la autora observó dos barreras claras focalizadas en el rol de los trabajadores de la salud. Por un lado, que la formación médica tradicional actúa a modo de obstáculo ya que, ante la vida sexual de las personas, se pueden ofrecer recursos pero no se puede garantizar su efectiva implementación. Por lo tanto, el cambio paradigmático de la acción médica debe ser pasar de la imposición de una práctica al ofrecimiento de un recurso. Y por otro lado, un segundo obstáculo que identifica la autora tiene que ver con la fragmentación del proceso de trabajo. La necesidad de desfragmentar la atención en salud, sobre todo en obstetricia, tiene que ver fundamentalmente con redefinir el concepto de “atención integral del embarazo” hasta incluir como parte de esa atención la oferta de información y provisión de MAC.

A su vez, Cuberli (2012) analiza las prácticas comunicacionales desarrolladas por los trabajadores de equipos de salud sobre el Sida. En su investigación, la autora pudo observar que los aspectos sociales no son considerados por los profesionales de la salud como causas directas ni indirectas de la infección. Es decir, se observa un consenso entre los trabajadores de la salud en situar las prácticas sociales y sexuales de las personas con Sida en un marco privado, omitiendo la desigual distribución de los recursos en la sociedad. Para la

autora, rastrear la construcción social del Sida en los trabajadores de la salud resultó relevante dada la necesidad de contar con información para el diseño de políticas públicas “discriminando en las actividades de asistencia y prevención segmentos con diferencias en sus exposiciones de acuerdo a la posición que ocupan en las relaciones sociales” (Cuberli, 2012: 500).

Estas investigaciones pioneras contribuyeron a delinear los ejes de análisis sobre el rol que ocupan los profesionales de la salud en la implementación de las políticas públicas. Sin embargo, para poder comprender cómo sus opiniones influyen en la práctica, es necesario dar cuenta de manera acabada sobre cómo interpretan las potencialidades y limitaciones de la Ley de SSR. Por lo tanto, sobre la ejecución de esta política en el ámbito de la salud pública, nos referiremos en el próximo apartado.

3) La investigación social en relación a la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y su implementación en la salud pública argentina

Luego de la sanción de la Ley 25.673 de SSR que crea el PNSSPR, varios investigadores se han propuesto analizar la forma en la que se implementan las normativas vigentes en relación a la SSR, a partir de realizar un seguimiento de la misma en el sistema de salud público (Schuster y García Jurado, 2006; Petracci y otros, 2006; D'Angelo Gallino, 2006; Schufer y otros, 2006; Hasicic, 2013; Pozzio, 2011; Ramón Michel y otros, 2013). Durante la década de 1990 existían en cada provincia diferentes legislaciones en materia de SSR (algunas reglamentadas y otras no) que profundizaban las diferencias entre las regiones argentinas (Schuster y García Jurado, 2006). Poder comprender las diferencias regionales del país, nos permite contextualizar el nivel de envergadura que tiene una Ley Nacional que se proponga un plan de acceso a la SSR para toda la población.

Algunos de estos análisis se propusieron indagar sobre los límites y los alcances de la implementación de la Ley (Pozzio, 2011; Hasicic, 2013). Ambas investigaciones se centran en la opinión del personal de salud en CAPS en la ciudad de La Plata de la Provincia de Buenos Aires. Desde la Antropología, Pozzio (2011) recupera los usos y sentidos del género en la gestión de políticas públicas enfocadas a la salud desde el punto de vista de los actores (en este caso, no sólo el personal de salud de un CAPS, sino también las destinatarias/usuarios de las políticas). En esta investigación, la autora recupera las conceptualizaciones de los propios actores para indagar cómo se apropian de determinadas políticas públicas basado en los sentidos que le dan al género, sobre todo a partir de nociones como la maternidad, el rol de la mujer, la violencia, el amor o la infidelidad.

Con respecto al rol que tienen en la implementación del PNSSPR, la autora entiende que, aunque el Estado delimita problemas y define poblaciones-objetivo, “esta tarea nunca es definitiva, ya que ese Estado que nombra, está compuesto por agentes estatales que, en su labor cotidiana, actualizan y reactualizan, significan y resignifican” (Pozzio, 2011: 80). En este sentido, el rol que ocupan los profesionales de la salud en función del lugar que tienen en el CAPS, de su

ideología, de la relación con las usuarias del programa, entre otras cosas, repercute en la forma que adquiere el PNSSPR en la vida cotidiana del centro de salud.

La autora concluye que hay tres niveles que necesariamente debemos distinguir con respecto a una política pública

“Lo que dicen los programas –que manifiesta ya ideologías, saberes, acuerdos de los planificadores y funcionarios políticos-; lo que dicen y hacen los agentes estatales encargados de gestionar cotidianamente esos programas –lo que implica de por sí una mediación que modifica la “letra” de los mismos-; y por último, a la luz de las interacciones con esos agentes, los modos en los que los destinatarios de esos programas y políticas, las interpretan y actualizan” (Pozzio, 2011: 82).

Coincidimos con la autora en su concepción sobre la importancia de pensar a los trabajadores de la salud como un eslabón fundamental en la aplicación de políticas públicas, que operan a modo de intermediario entre el Estado y los/as usuarios/as.

En esta línea de pesquisa, Hasicic (2013) recuperó las expresiones de los profesionales de la salud con respecto al PNSSPR, quienes consideraron que representa un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos, cristalizado a partir del aumento de las consultas en el CAPS, y un punto de inflexión con respecto a las leyes provinciales previas al otorgarle mayor presencia al Estado Nacional.

Sin embargo, Hasicic observa que este aumento en las consultas de APS no opera de forma preventiva, ya que las adolescentes (la población en la que se centra la investigación) se acercan al CAPS luego de haber tenido un hijo. A su vez, la autora reflexiona y concluye que la población que más consulta son mujeres, ya que resulta muy complejo el acercamiento de los varones a los espacios de consulta sobre SSR, reproduciendo los prejuicios e ideas que responsabilizan a las

mujeres en el cuidado sexual y reproductivo. Sin embargo, el aspecto más importante que rescata la investigación es que estas ideas

“son también reforzadas por el sistema médico que las visualiza y enfatiza como agentes únicos encargados del cuidado del hogar, pero no contempla su propia salud sexual desligada de la reproducción” (Hasicic, 2013: 14).

Esta idea permite pensar cómo operan en la aplicación de las políticas públicas, la ideología y las opiniones de los profesionales de la salud. Sin embargo, más allá de cómo se lleva adelante en cada CAPS la implementación del PNSSPR, otras investigaciones (Petracci y otros, 2006) han indagado en el desarrollo de estrategias e instrumentos para la fiscalización de la política pública de SSR. Para ello, realizaron desde el CEDES como institución académica junto con la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad, los proveedores de servicios, las usuarias y las ONG de promoción y defensa de los derechos de las mujeres, un monitoreo de la implementación del PNSSPR en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los resultados de este monitoreo mostraron una política pública en situación de avance dado que “se evidencian cambios y señales favorables desde los acuerdos de El Cairo hasta la fecha” (Petracci y otros, 2006: 216). Los avances más significativos, para las autoras, se pueden observar en un aumento del número de profesionales en el Programa y una mayor disponibilidad y variedad de MAC. Sin embargo, aunque el Programa cumple con la mayor parte de las prestaciones que la ley exige, consideran que falta una mayor capacitación de los equipos de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos y la normativa vigente para poder encarar el trabajo en los centros de salud desde un enfoque de derechos que contribuya a promoverlos entre la población usuaria (Petracci y otros, 2006).

Resulta interesante el hincapié que hacen Petracci, Ramos y Szulik (2006) en el monitoreo de una política pública para generar herramientas que permitan trabajar junto con las organizaciones sociales. En este sentido, pensar investigaciones que puedan ser de utilidad para la sociedad en su conjunto, es una forma de comprender que las Ciencias Sociales, no pueden estar aisladas del objeto

que están estudiando, y que todo conocimiento producido, debe retornar a la sociedad de manera que ésta pueda apropiarse del mismo.

Como pudimos ver en todo este capítulo, diversas son las aristas desde las cuales se ha pensado el problema de estudio de este trabajo. Sin embargo, todas las investigaciones que se han realizado en la materia, han aportado al incipiente campo de estudio sobre la SSR y sirven como antecedentes teóricos y metodológicos para responder a la pregunta que atraviesa toda esta investigación: ¿cuáles son las opiniones del personal de la salud y qué significados le otorgan a la SSR, haciendo hincapié en la aplicación de la Ley de SSR en APS?

CAPITULO 2: El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación **Responsable: antecedentes, objetivos, alcances y limitaciones.**

Como hemos mencionado en el primer capítulo, el problema de investigación de este trabajo se centra en las opiniones y los significados sobre SSR de los/as trabajadores/as de la salud en APS, haciendo particular hincapié en la Ley de SSR. La forma en la que comprendemos la SSR es el resultado de debates que se sucedieron en el siglo pasado. Por lo tanto, es fundamental realizar un recorrido teórico por estos debates para poder entender la noción de SSR que retoma la Ley e implementa el PNSSPR.

1) Un poco de historia: entre los pro y anti natalistas, ¿dónde quedan los derechos de las mujeres?

Para comenzar es necesario exponer una contextualización histórica desde la segunda mitad del siglo XX, donde las discusiones en torno a la SSR se realizaron en el marco de los debates poblacionales que acontecían particularmente en Latinoamérica. De ahí que este apartado tiene como objetivo explorar la génesis de la Ley 25.673 de SSR, a partir de la recopilación de disputas en torno a la dinámica poblacional y sus consecuencias para el desarrollo de las naciones, que dieron como resultado los antecedentes teóricos de la misma (Pantelides, 1983, 1984; Felitti, 2007, 2008; Barrancos, 1991). Por lo tanto, se dará cuenta de cómo los debates sobre natalidad y fecundidad en las conferencias internacionales de las Naciones Unidas (El Cairo 1994, Beijing 1995) confluyeron en el concepto de “Salud Sexual y Reproductiva”, profundizando particularmente sobre la repercusión que tuvieron estas discusiones en las políticas públicas demográficas en Argentina a partir de los Decretos 558/1970 y 659/1974 (De Barbieri, 2000; Cepeda, 2008; Bellucci, 2014; Brown, 2014; Felitti, 2008; Pecheny y Petracci, 2006).

En la década de 1950 la cuestión poblacional ocupó un lugar importante en la agenda política internacional, ya que el crecimiento acelerado de la natalidad se

vio acompañado por una caída de la mortalidad, lo que se reflejó rápidamente en un aumento marcado y sostenido de la población. En las discusiones sobre los cambios en la dinámica demográfica, con respecto a la forma de concebir el futuro desarrollo de las naciones (Pantelides, 1983, 1984), se podían distinguir dos posturas contrapuestas. Por un lado, se encontraban las opiniones de algunos intelectuales latinoamericanos que hacían foco en lo imperioso de poblar el continente y por lo tanto, pensaban en la necesidad de aumentar la población, ya que frente a una posible intervención militar, era fundamental que el país estuviera poblado (Felitti, 2007, 2008). En la creación de instituciones y organismos internacionales preocupados por el desarrollo poblacional de los países pobres del Tercer Mundo, apoyadas por Estados Unidos, intelectuales y políticos latinoamericanos identificaron los programas de promoción de la PF con políticas imperialistas de control geopolítico en la región. (Felitti, 2008: 518).

En sintonía con esta postura, los gobiernos latinoamericanos cuestionaron el diagnóstico y la intervención estadounidense en la dinámica demográfica¹, ya que este análisis no tenía en cuenta que las variables de población y desarrollo estaban relacionadas con factores sociales, económicos y culturales que presentaban diferencias significativas en cada región, sobre todo teniendo en cuenta las diferencias entre América Latina, Asia y África. A su vez, estos intelectuales, apoyados en la teoría de la dependencia, vieron las recomendaciones estadounidenses sobre la necesidad de limitar los nacimientos para disminuir el crecimiento poblacional, como una nueva forma de imperialismo que no buscaba solucionar los problemas del desarrollo, sino que en realidad condicionaba la soberanía de los Estados subdesarrollados respondiendo simplemente a las necesidades geopolíticas de los países centrales (Felitti, 2008: 518).

Por otro lado, las opiniones a favor del control de la natalidad hacían hincapié en que, en medio de la crisis mundial propia de la post-guerra, el temor neomalthusiano a la falta de recursos y la incapacidad para satisfacer necesidades

¹ Entre las posturas de los gobiernos latinoamericanos con respecto a las políticas de población, el caso de Argentina, junto con Uruguay y Cuba, tuvo puntos divergentes con respecto al resto de América Latina ya que no hubo políticas de control de natalidad y PF. Sobre el caso de Argentina particularmente nos detendremos más adelante.

sociales básicas como la educación y la alimentación, frente al aumento de la población, la única forma de resistir a la escasez de recursos a nivel mundial era a través de la regulación del crecimiento poblacional (Felitti, 2007, 2008).

Sin embargo, en ambas posturas, la opinión, la necesidad, el deseo o la salud de las mujeres, no era una variable a considerar.

En el contexto internacional, no fue tarea sencilla lograr incluir en las políticas públicas de población el tema de la salud de las mujeres como un derecho, ya que constituían dos campos ajenos. Fue necesario un largo recorrido, hasta llegar a un consenso internacional sobre el derecho de las mujeres a poder decidir cuántos hijos tener y cuándo, libres de cualquier signo de coerción o violencia. En 1948 se firmó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se plasmó que el derecho a la libertad, la seguridad, la integridad física, la libertad de expresión, de pensamiento, de propiedad, entre otros, eran derechos irrenunciables de todas las personas. Con esta declaración como base jurídica, en 1968 la Conferencia Internacional de Derechos Humanos convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), resolvió que el número y el momento de las procreaciones son derechos de las personas y por lo tanto es necesario que toda la población, pero especialmente las mujeres, tengan un acceso igualitario a la información y cuenten con los servicios de salud disponibles para poder llevar adelante sus decisiones reproductivas. Posteriormente, en 1974, la Conferencia Internacional de Población realizada en Bucarest, ratificó que la procreación (o la no-procreación) es un derecho de todas las personas y parejas. A su vez, en 1979, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres (CEDAW) reconoció, entre otras cosas, el derecho de las mujeres a contar con servicios de PF, y de educación, información y salud en la materia (De Barbieri, 2000).

Durante las décadas de 1970 y 1980, frente a la acumulación de abusos y violaciones de los derechos de las mujeres a la libre procreación y derechos de las

parejas², los movimientos internacionales sobre la salud de las mujeres siguieron dos líneas (De Barbieri, 2000).

Una de ellas se dedicó a explorar los procesos de salud y enfermedad femeninos, la creación de servicios de SSR, y su implementación a partir del diseño de políticas públicas. Otra línea se dedicó a darle contenido jurídico a la expresión “derechos reproductivos”, término que recién se consensuó en la década de 1980 a partir del I Encuentro Internacional de Salud de la Mujer realizado en Ámsterdam³. A continuación, en 1987, un trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud, incorporó la noción de Salud Reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Consecuentemente, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria, sin riesgos para procrear, y con la libertad para poder escoger entre hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia” (Cepeda, 2008: 27)⁴.

Con estos antecedentes, en la década siguiente se explicitaron las definiciones de salud y derechos reproductivos. En la Conferencia Internacional de

² Según una recopilación breve realizada a partir de referencias bibliográficas por De Barbieri (2000) la autora afirma que: “La puesta en acción de políticas de población y programas de planificación familiar en muchos países, principalmente del Tercer Mundo, desconocía los derechos, en particular de las mujeres. Métodos hormonales recetados sin una valoración mínima del estado de salud de las usuarias y de libre compra en las farmacias; colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y esterilizaciones forzadas sin información ni consentimiento, o con información insuficiente sobre los efectos directos y secundarios; empleo de un inyectable hormonal en los países pobres, cuando ya estaba prohibida en los Estados Unidos; malos tratos, carencias y deficiencias en los servicios, pruebas experimentales de anticonceptivos nuevos pasando por alto la normatividad internacional vigente; personal no capacitado para las tareas y funciones que realizaban; penalización del aborto aun para los casos de fallas en los métodos anticonceptivos; amplia discrecionalidad del personal para negarse a brindar los servicios, anteponiendo sus ideas y creencias a los derechos y las necesidades de las mujeres, fueron las denuncias más frecuentes” (De Barbieri, 1991: 50-51).

³ Organizado por la International Contraception, Abortion and Sterilisation Campaign-ICASC, que luego de 1984 se transformó en la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (Women’s Global Network for Reproductive Rights-WGNRR). Para más información, se puede consultar su página web: <http://wgnrr.org/who-we-are/history/>

⁴ En relación a la Salud Reproductiva, cuando nos encontramos con casos de aborto, se habla de Causal Salud cuando la ley permite el aborto si la continuación de la gestación pone en riesgo la vida o la salud física, mental o social de la mujer. En este sentido, la Causal Salud es una forma de interpretar cómo la sociedad protege el derecho a la vida de las mujeres. Aunque no nos detendremos puntualmente en esto, se puede consultar <http://www.causalsalud.org/>

Población y Desarrollo de la ONU, realizada en El Cairo en 1994, el plan de acción afirmaba que

“Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. [...] Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación familiar y la salud sexual”⁵.

Al año siguiente, durante la IV Conferencia Internacional de las Mujeres, realizada en Beijing, se ratificó que el derecho a poder decidir de manera libre de coerción y violencia sobre la maternidad, era un derecho de todas las mujeres.

No obstante, resulta necesario analizar cómo estas discusiones y definiciones a nivel internacional repercutieron en Argentina. En este sentido, aunque la década de 1960 resultó un momento de quiebre a partir de la revolución sexual que generó la píldora anticonceptiva como forma de regulación de la natalidad de las mujeres de manera fácil y económica, podemos observar que los gobiernos latinoamericanos seguían pensando que la natalidad y la fecundidad eran aspectos de los que debían ocuparse las políticas de población. Sólo los movimientos feministas vieron en los anticonceptivos orales un símbolo de liberación y se comprometieron en la difusión de los mismos, como una forma de controlar la natalidad de una manera relativamente fácil, accesible y eficaz, que no intervenía en el acto sexual y podía utilizarse más allá del acuerdo masculino⁶.

⁵ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Disponible en https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf. Consultada el 06/11/2014

⁶ Desde la década de 1920 se puede ver un aumento paulatino de la comunicación y difusión sobre el uso de MAC, no sólo en los sectores medios sino también en los grupos de trabajadores

Frente al avance de los movimientos feministas en la difusión y el uso de MAC basados en la premisa de que las mujeres pudieran decidir sobre su maternidad, durante la década del '60 las discusiones en torno a la planificación de políticas demográficas hacían hincapié en la necesidad de resolver la caída de la natalidad en Argentina⁷ (Bellucci 2014). En el caso de nuestro país, la reducción temprana de la fecundidad fue un rasgo distintivo con respecto a otros países de América Latina, ya que desde 1930 hasta mediados de 1990 las mujeres argentinas tuvieron un promedio de 3 hijos, número menor que otras mujeres de América Latina que comenzaron a disminuir el número hijos a partir de 1970 (López, 2000; López y Mario, 2009). Esta diferencia se ha asociado al uso de MAC tradicionales y a la influencia sociocultural de la población inmigrante europea (Torrado, 1993, 2003; Pantelides 1986, 1988, 1989).

En esta línea, el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad para 1971-1975, con el Decreto 558/1970 para proyectar un amplio crecimiento poblacional “instaba a aumentar la natalidad y proteger a la familia numerosa, disminuir la mortalidad infantil y atender a la inmigración con una política selectiva” (Felitti, 2008: 520).

Esta política pro natalista se profundizó en 1974, cuando el tercer gobierno peronista (fiel a sus objetivos poblacionistas y, por lo tanto, amparado en la idea de que el desarrollo del país se veía empañado por la falta de población) impulsó el Decreto 659/1974 para regular la comercialización de la píldora anticonceptiva a partir de que se exigiera para su compra recetas por triplicado y se cerraran consultorios de PF en todo el país (Cepeda, 2008; Bellucci, 2014)⁸.

industriales. Según una investigación de Dora Barrancos (1991), fueron los grupos anarquistas quienes comenzaron con la difusión de métodos como el coitus interruptus y el uso de preservativo. Sin embargo, aunque ambos MAC eran utilizados por algunos sectores de las clases trabajadoras y la clase media, ninguno de ellos era infalible y dependían del compromiso del varón para evitar la concepción (Felitti, 2007).

⁷ En Argentina, el descenso de la fertilidad, la natalidad y la fecundidad comenzó antes de 1895 en Buenos Aires, y hacia 1914 en el resto del país, aunque se profundizó en la década de 1920 y 1930, y luego se mantuvo en un constante descenso (Pantelides, 1983, 1984).

⁸ En el primer gobierno peronista no se rastrea un diseño de políticas pro natalistas, ni acciones articuladas en este sentido. Sin embargo, “es indudable que trató de impulsar la constitución y la sanidad de la familia protegiendo especialmente la maternidad y asistiendo sobre todo a la infancia” (Barrancos, 2002: 7). En cambio, a partir de 1974 sí se puede observar esta sistematización de políticas públicas en pos del aumento de la natalidad.

Además de estas dos cláusulas coercitivas, el Decreto también contemplaba la realización de campañas de educación sanitaria para poder garantizar el acceso universal a la salud por parte de las mujeres, pero éstas no se llevaron adelante. No obstante, no se aplicó sistemáticamente el requisito de la receta por triplicado al momento de la adquisición de MAC hormonales, lo que generó una gran desigualdad entre las mujeres, ya que aquellas que se encontraban en círculos feministas o de mayor poder adquisitivo, pudieron acceder a métodos de control de la natalidad, mientras que las mujeres de los sectores más humildes no pudieron acceder a los mismos. Lo que sí se aplicó de manera universal para toda la población fue el cierre de los consultorios de PF, impidiendo que las mujeres de los sectores más humildes pudieran acceder a información sobre control de la fecundidad (Cepeda, 2008).

Sin embargo, más allá de todas las convenciones internacionales en las que se incorporó la noción de Salud Reproductiva y se explicitaron los derechos de las mujeres sobre la decisión individual de regular la procreación, en Argentina las medidas restrictivas de comercialización de anticonceptivos hormonales, se mantuvieron vigentes hasta 1986. El Decreto impulsado por el tercer gobierno peronista fue mantenido como política de Estado durante la dictadura cívico-militar argentina (1976-1982). A pesar del regreso de la democracia en 1983 con la realización de elecciones libres en las que asumió Raúl Alfonsín como presidente, el proceso de democratización de la sociedad fue paulatino durante toda esa década. En el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, recién en 1986, mediante un nuevo decreto, se anularon las medidas restrictivas de la década anterior y se reconoció el derecho de las parejas a decidir cuántos hijos tener y cuándo. Aunque la anulación de estas políticas no garantizó el acceso a MAC a todas las mujeres, sino que sólo significó el acceso a mujeres de sectores sociales que tuvieran la información y dispusieran del dinero para adquirirlos en las farmacias (Cepeda, 2008; Bellucci, 2014).

La década de 1990 fue el escenario de grandes debates a nivel internacional (como se mencionó anteriormente con las conferencias del El Cairo 1994 y Beijing 1995). Latinoamérica particularmente vivió una década de

implementación de un modelo político, económico y social neoliberal que, a grandes rasgos, profundizó las desigualdades sociales en todas las esferas de la vida. En el caso puntual de los derechos sexuales y reproductivos, aunque en Argentina la venta de MAC era libre en términos legales, no todas las mujeres podían acceder económicamente a ellos. Por lo tanto, frente a los índices de desocupación y pobreza que atravesaba el país, muchas mujeres se vieron imposibilitadas de acceder a los mismos. En el 2003, con la asunción de Néstor Kirchner, comenzó un proceso de desarrollo de políticas públicas de inclusión social que permitieron revertir, de alguna manera, las desigualdades sociales que se habían profundizado durante la década anterior (Muñoz, 2010).

Para ello, era necesario que el Estado se hiciera cargo de la necesidad de generar una política de distribución y acceso a la información, en materia de SSR, que alcanzara a las mujeres de todos los sectores sociales. Uno de los principales puntos que se cuestionaron fue el enfoque que había imperado en las políticas de población pro-natalistas basadas en metas demográficas y no en los deseos de las mujeres de tener o no tener hijos. Consecuentemente, sólo profundizaban las diferencias sociales entre las mujeres de distintas clases sociales ya que algunas podían acceder a la información y los MAC que les posibilitara decidir sobre su maternidad y otras no. De esta manera, las políticas públicas estatales no podían estar sólo apuntadas a políticas socio-demográficas o de inserción en un proceso geo-político mundial, sino que debían comenzar a pensarse a partir del ámbito de los derechos humanos (Brown, 2014).

En esta línea, a partir de entender que la SSR implica el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes, sin coerción, violencia, enfermedades de transmisión sexual, ni embarazos no deseados o planificados, y que estos derechos aparecen como fundamentales para mantener y mejorar la salud, practicar el cuidado propio y del otro/a; fue que recién en el año 2002 estos derechos se cristalizaron en políticas públicas, con la sanción de la Ley 25.673 de SSR donde se proponía desarrollar una política sostenida que garantice el acceso a la información y los MAC de manera universal, gratuita y segura (reglamentada en 2003).

2) La salud pública en Argentina

El Ministerio de Salud de la Nación es el encargado de llevar adelante los objetivos y el monitoreo de la Ley de SSR. Por lo tanto, a los fines analíticos de este trabajo, es fundamental entender la constitución del sistema de salud en Argentina, y particularmente en Mar del Plata, para poder comprender de manera acabada cómo se lleva adelante la implementación de la misma como política pública.

En esta línea, Arce (2010), define la política sanitaria Argentina, desde 1989 hasta la actualidad, como un modelo pluralista de competencia regulada, distinguiendo dos etapas: una primera etapa de formación, periodizada desde 1989 hasta 2001, y otra etapa de institucionalización, desde el 2001 al 2008⁹. Dentro de este modelo, el Estado resulta el encargado de regular el sistema de salud que presenta dos características fundamentales. Por un lado, el autor explica parcialmente la fragmentación institucional del Sistema de Salud debido al carácter federal de la constitución del país, aludiendo que el federalismo argentino no es el resultante de una división territorial con fines administrativos, sino que las provincias son preexistentes respecto de la Nación.

Por otro lado, el autor asegura que el pluralismo de los recursos de salud evidencia la convivencia de diferentes subsectores que operan simultáneamente fragmentando la atención. A su vez, dentro de cada subsector se desarrollan diferentes dinámicas donde intervienen jurisdicciones, organizaciones e instituciones.

Estas dos características fundamentales dan cuenta de la necesidad de estudiar el modelo como un sistema en donde se configuran diferentes dinámicas, actores, relaciones y funciones, que son fundamentales para poder explicar sus complejidades.

Para adentrarnos en ello, es necesario enumerar los actores o sectores que desempeñan funciones en el sistema de salud. En el marco del Modelo Pluralista de

⁹ El libro fue publicado en 2010, por lo que el modelo correspondería de 1989 a 2008. Sin embargo, nos parece que se puede pensar que continúan las mismas políticas públicas en materia sanitaria hasta la actualidad.

Competencia Regulada (Arce, 2010), se encuentran los prestadores de la salud (públicos y privados) y la cobertura de salud (Obras Sociales y Medicina Prepaga). Por lo tanto, dentro de este modelo podemos observar un subsector público (nacional, provincial y municipal), un subsector privado y un subsector de seguridad social (Arce, 2010).

A su vez, en el subsector público municipal se ubica la APS. Partimos de entender la APS inserta en un sistema de salud, ocupando el rol de eslabón inicial de una cadena de atención donde se resuelven los problemas de menor envergadura y se deriva a los niveles de atención sucesivos en la cadena. Por lo tanto, debería existir una red de establecimientos interconectados que posibiliten la circulación interna de los usuarios dentro del sistema. Que la APS sea el primer eslabón de la cadena, no implica que la calidad de atención sea baja, sino todo lo contrario: debe tener una calidad de excelencia que permita derivar a los usuarios al siguiente eslabón de la cadena según corresponda (Testa, 2006). Debido a que la APS representa el primer contacto entre la población y el sistema de salud público, resulta necesario hacer hincapié en su organización con el objetivo de indagar en su funcionamiento.

En este paradigma, el sistema de salud se organiza en tres niveles en función de la complejidad de la atención que brindan. Un primer nivel de Atención Primaria conformado por los CAPS, los Centros Comunitarios y las Salas de Primeros Auxilios. Un segundo nivel de Atención Secundaria conformado por los Hospitales Generales con Áreas Programáticas (en el caso del partido de General Pueyrredon correspondería al HIGA Y HIEMI¹⁰, como explicaremos más adelante). Los Hospitales Generales se concentran en la atención de las cuatro clínicas básicas (clínica médica, pediatría, cirugía y toco-ginecología), el servicio de urgencias y emergencias, y el servicio de diagnóstico y tratamientos básicos; mientras que los Hospitales Especializados agregan a estos servicios todo tipo de especialidades y sistemas complejos de diagnóstico y tratamiento. Y un tercer nivel conformado por institutos de investigación y centros muy especializados.

¹⁰ Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) y Hospital Interzonal Especializado Materno-Infantil (HIEMI).

Sin embargo, esta forma de comprender el sistema de salud, para Testa (2006) no funciona en nuestro país, principalmente por dos razones que tienen que ver con el financiamiento y la estratificación social:

“por una parte por la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de los servicios para toda la población sino sólo para aquella que se encuentra en situación menos favorecida; en segundo lugar y en estrecha relación con lo anterior, están las consideraciones de los costos, de modo que la atención primaria se diseña como forma de disminuir el gasto social para la salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema” (Testa, 2006: 163).

Estas fallas en el funcionamiento del sistema de salud son las premisas de las que parte el autor para realizar una crítica a la APS en los países “capitalistas dependientes”. Para Testa (2006), la APS no logra resolver las necesidades de la población, ya que para que el sistema de salud funcione adecuadamente cada uno de los eslabones de la cadena debe ser de excelencia para que los pacientes puedan ir circulando por el mismo de manera óptima. Por lo tanto, para el autor, la APS funciona como “un servicio de segunda categoría para población ídem”, donde se convierte en el único servicio de atención disponible. A su vez, se caracteriza por ser el servicio cuyo personal tiene menor nivel de capacitación, ya que suelen ser estudiantes o médicos recién graduados, sin la experiencia necesaria en un sistema cuyo pilar fundamental debería ser la derivación de los usuarios.

El funcionamiento del sistema de salud en Argentina nos permite analizar que los saberes médicos y las opiniones sobre los que estos saberes se construyen, enmarcan el vínculo entre el campo médico, las poblaciones objeto de políticas de salud y el Estado, en tanto agente encargado de diseñar e implementar dichas políticas. Si tenemos en cuenta que la APS corresponde al primer punto de contacto entre el Estado y la población resulta fundamental conocer cómo es el escenario de ejecución de dichas políticas públicas para poder analizar sus potencialidades y sus limitaciones. Como consecuencia, la intención de este trabajo

es hacer hincapié en APS como eslabón final de una cadena entre el Estado y la población.

3) La salud pública en Mar del Plata

El recorte espacial de este trabajo, corresponde a la ciudad de Mar del Plata, que pertenece al Partido de General Pueyrredón (comprendiendo parte de la Zona Sanitaria VIII de la Provincia de Buenos Aires). Como mencionamos en el apartado anterior, dentro del sistema de salud público conviven tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal que no interactúan entre sí de manera sistemática. En el partido de General Pueyrredón podemos encontrar, dentro de la jurisdicción Nacional, el Instituto Nacional de Epidemiología (que en la actualidad sólo funciona como un instituto de investigación y docencia) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psico-físico del Sur (INAREPS)¹¹. A la jurisdicción provincial pertenecen los dos Hospitales Interzonales que responden a las necesidades de toda la Zona Sanitaria VIII: el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI). Por último, bajo la jurisdicción municipal podemos encontrar la APS, que concentra diferentes CAPS en todo el Partido de General Pueyrredón, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA) y las Postas Sanitarias.

El Partido de General Pueyrredón cuenta con 32 CAPS, aunque sólo 7 de ellos atienden las 24 horas. Por lo tanto, para muchos habitantes la guardia médica recae en el HIGA. A su vez, no todos los barrios del Partido cuentan con un CAPS. Estos CAPS se dividen geográficamente en Áreas Programáticas compuestas por diferentes barrios. Según las necesidades de cada uno de ellos, se definen las especialidades con las que cuenta cada Centro de Salud: medicina generalista, medicina clínica, pediatría, ginecología, enfermería, servicio social, odontología, psicología y psiquiatría.

¹¹ Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" – Ituzaingó 3520 Mar del Plata, Argentina. <http://www.ine.gov.ar/>
Instituto Nacional de Rehabilitación Psico-físico del Sur "Dr. Juan Otimio Tesone" – Ruta 88 Km 1,5 Mar del Plata, Argentina. <http://www.inareps.gov.ar/>

Según los datos estadísticos disponibles en la Secretaría de Salud del Área Epidemiológica de la Municipalidad de General Pueyrredón, el partido cuenta con 4,58 médicos por cada 1.000 habitantes¹².

En Partido de General Pueyrredón, en el año 2013 se realizaron casi 1.300.000 consultas en unidades de salud dependientes del municipio (centros de salud, subcentros de salud, unidades sanitarias y postas sanitarias). De esas consultas, sólo 20.716 fueron realizadas en el área de ginecología (ver Cuadro 1 en Anexos). Con respecto a estas consultas se puede observar que desde el año 2006 al 2013 la cantidad de consultas ha variado de diferentes maneras: 18.730 en 2006, 16.757 en 2007, 19.356 en 2008, 15.627 en 2009, 18.300 en 2010, 16.470 en 2011, 17.985 en 2012 y 20.716 en 2013 (Cuadro 2). Esta variación nos permite percibir que, aunque ha aumentado la cantidad de consultas en ginecología desde el 2006 a la actualidad, no lo hizo de manera estable.

Los controles realizados a las embarazadas en el año 2013 ascendían a 15.743, de los cuales 2.981 fueron realizados en centros de salud, 4.420 en subcentros de salud y 8.342 en unidades sanitarias (Cuadro 3).

En el año 2012 fue construido el CEMA, con el objetivo de potenciar el trabajo de los CAPS, aportando herramientas de diagnóstico y recursos humanos¹³. Su función es optimizar la circulación de los pacientes dentro del sector público luego de haber ingresado al sistema a través de los CAPS. En este sentido, el CEMA resulta un eslabón en la cadena al que podríamos denominar de atención secundaria, ya que no realiza internaciones, sino que se concentra en la realización de estudios y atención de algunas especialidades.

¹² La OMS estima que para garantizar una cobertura adecuada de médicos en APS, se debe disponer de un mínimo de 2,3 profesionales cada 1.000 habitantes. Se puede consultar estos datos, en función de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en

http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf

¹³ El CEMA fue inaugurado el 19 de noviembre de 2012. Allí se pueden encontrar las siguientes especialidades: Cardiología de adultos y pediátrica, Laboratorio de alta complejidad, Enfermería, Servicio de Esterilización, Neumología de Adultos y Pediatría, Neurología, Gastroenterología pediátrica y adultos, Otorrinolaringología, Alergología, Oftalmología, Nefrología, Hepatología, Clínica Médica, Reumatología, Ginecología/Obstetricia, Endocrinología Adultos y pediátrica, Diabetología, Odontología, Trabajo Social, Oncología, Urología, Diagnóstico por Imágenes, Infectología, y Farmacia. Para más información se puede consultar http://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/especialidades-cema#overlay-context=node/2406?idregion=header_Salud

Jerárquicamente, el servicio de APS está coordinado por un secretario de salud a nivel municipal¹⁴. A su vez, hay un jefe para cada una de las especialidades: servicio social, ginecología, clínica médica, traumatología, enfermería, psicología, psiquiatría, odontología, pediatría, obstetricia y medicina general. En los CAPS se encuentra el personal administrativo y el personal de seguridad que son empleados municipales. Por cada CAPS hay un coordinador que puede pertenecer a cualquiera de las especialidades que se atiendan en las salas. El coordinador puede ser designado por la Secretaría de Salud, elegido entre los miembros del CAPS o por concurso.

Dentro de la estructura de APS, funcionan diferentes programas a nivel nacional, provincial y municipal, que a veces se superponen ya que apuntan a la misma población. En lo que refiere a la SSR, podemos observar como en cada CAPS, se superpone el PNSSPR con el Plan Nacer, ya que ambos tienen como objetivo reducir la mortalidad materno-infantil. Este Plan, fue implementado por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2005 (dos años después de la reglamentación de la Ley de SSR), pero en el Partido de General Pueyrredon se implementó en octubre de 2009. Hasta febrero de 2013 beneficiaba a 30.350 personas y tenía como metas en materia sanitaria la captación temprana de mujeres embarazadas, efectividad en la atención del parto, efectividad del cuidado prenatal y prevención del parto prematuro, efectividad en la atención neonatal, cobertura de inmunizaciones, cuidado sexual y reproductivo, seguimiento del niño de 1 a 6 años, inclusión de la población originaria y auditoría de muertes materno infantiles. Las metas que abarcan aspectos de SSR se condicen con los objetivos del PNSSPR, de manera que ambos programas se superponen en el acceso a la población.

También hemos podido rastrear que, en el marco del comité de docencia e investigación dependiente de la Secretaría de Salud, dentro del área de capacitación, no hay oferta de capacitación continua en el marco de la SSR. El único curso vinculante que se pudo encontrar fue una Jornada sobre los beneficios de la Lactancia Materna.

¹⁴ El Secretario de Salud del Partido de General Pueyrredón es el Dr. Alejandro Cristaldi. Perteneciente al partido Acción Marplatense, en el Frente Marplatense.

Habiendo contextualizado la estructura de APS en el país, es posible comprender el escenario donde se inserta la Ley de SSR en tanto política pública. De esto nos ocuparemos en el próximo apartado.

4) El monitoreo de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva por parte del Estado: sus objetivos, alcances y limitaciones dentro del sistema sanitario

La Ley Nacional 25.673 de SSR se aprobó luego de 20 años del retorno de la democracia. Para lograrlo,

“El debate en la materia se había iniciado con la media sanción en la Cámara de Diputados en 1995, continuó en ocasión de la pérdida de estado parlamentario en 1997 y la nueva media sanción de Diputados en 2001 y, finalmente, siguió con motivo de la aprobación definitiva por el Senado en octubre de 2002” (Pecheny y Petracci, 2010: 40).

Esta Ley creó el PNSSPR, cuyos objetivos fueron los siguientes¹⁵:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que varones y mujeres puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.
- Prevenir los embarazos no deseados.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias.
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- Potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva.

El PNSSPR se propuso, desde un enfoque de género, garantizar el acceso universal a los servicios de SSR. Esto implicaba no sólo promover la existencia de centros de salud y hospitales con provisión gratuita de anticonceptivos, sino realizar un cambio de paradigma, que involucre a la población en el conocimiento de sus derechos sobre SSR.

¹⁵ Ver el Balance 2003-2011 del PNSSPR, realizado por el Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en www.msal.gov.ar. Consultado el 25/11/14

Para realizar ese cambio paradigmático, el PNSSPR debió capacitar a todos los trabajadores de la salud para incorporar y transmitir que las personas tienen derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear o no hacerlo, y de decidir cuántos hijos tener, con quién y con qué frecuencia. Por lo tanto, el Programa estableció como su objetivo central la disminución de las desigualdades que afectan a la SSR de la población; por lo que resultaba de imperiosa necesidad reducir la brecha de atención mejorando el acceso y la calidad de los servicios de salud. Para ello, se desarrollaron principalmente cuatro estrategias:

- Articulación entre el PNSSPR y las jurisdicciones provinciales.
- Consolidación del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos.
- Contar con recursos humanos altamente calificados.
- Implementación de estrategias de comunicación y difusión de los derechos sexuales y reproductivos.

Para llevar adelante los objetivos propuestos, la implementación del PNSSPR en todo el territorio nacional se realizó a partir de tres etapas. Según el Ministerio de Salud de la Nación

“Una etapa inicial abarcó del 2003 al 2006, donde el Programa fue ubicado en el marco de la dirección Nacional de Maternidad e Infancia. En una segunda etapa, denominada de institucionalización y periodizada entre 2006 y 2010, el Programa adquirió autonomía administrativa y financiera dentro de la Secretaría de Políticas Sanitarias. Esta etapa estuvo caracterizada por un nuevo enfoque conceptual y de gestión, donde se avanzó en políticas de salud que contemplaran a las mujeres como sujetos de derechos, dejando de lado una perspectiva que las asociaba exclusivamente con su rol materno. Por último, puede diferenciarse una tercera etapa, desde el 2010 a la actualidad, denominada de consolidación, donde se generó una mayor fortaleza en la capacidad de gestión a nivel territorial, se garantizó la

provisión de métodos anticonceptivos, se incorporaron de manera concreta otras identidades, etc.” (Ministerio de Salud, 2011).

Según datos del Área de Monitoreo e Información del PNSSPR y de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, ambas dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, la cantidad de establecimientos sanitarios del sector público que contaban con servicios de información y consejería en SSR pasó del 78% en 2006 al 93,1% en 2009. A su vez, si se considera que para el total del país hay 7846 hospitales y centros de salud, para el 2009 el 85,8% de ellos entregaban MAC.

De esas mismas fuentes se puede afirmar que desde el año 2010 existen 776 guardias hospitalarias que brindan anticoncepción de emergencia, 374 centros de atención a víctimas de violencia sexual, 353 servicios especializados en la salud de los adolescentes, 347 servicios de atención integral post-aborto; 309 servicios que ofrecen ligadura de trompas y 79 servicios que ofrecen vasectomía. Estos datos nos permiten observar que el PNSSPR no solo se circunscribe a la entrega de MAC sino que tiene una visión más integral de la SSR. En este sentido, el PNSSPR se orienta a evitar un embarazo no deseado a través de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia; atender a personas víctimas de violencia sexual sin que sean doblemente victimizadas por servicios de salud por la falta de contención a los daños físicos y emocionales de las mujeres, niñas, niños e incluso varones que padecen estrés post-traumáticos de un abuso y requieren atención sanitaria; disponer de servicios especializados en salud de adolescentes, para que chicas y chicos pueden sentirse más cómodos en un ámbito específicamente creado para ellos y ellas; garantizar servicios de atención integral post-aborto, que son esenciales para evitar la mortalidad materna, constituida en gran parte por las consecuencias de los abortos clandestinos, y para reducir lesiones físicas, secuelas emocionales y médicas; y ofrecer servicios de anticoncepción quirúrgica que incluyan ligadura de trompas en la mujer y vasectomía en los hombres.

Sin embargo, es necesario complementar este balance realizado por el Ministerio de Salud de la Nación en el 2011, con la Primera Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva realizada en el año 2013 (ENSSyR 2013), que

constituyó el primer estudio a nivel nacional sobre esta temática, presentado en el 2014¹⁶. El objetivo general de la encuesta consistió en “generar información acerca de la SSR de los varones de 14 a 59 años y las mujeres de 14 a 49 años en centros urbanos de 2000 o más habitantes”.

No es la intención de este trabajo retomar la ENSSyR 2013 para realizar una profundización de su análisis, sino poder contextualizar la situación nacional en lo referente a estas temáticas y, de esa manera, mostrar el panorama general en relación a los aspectos que nos interesan aquí, teniendo en cuenta que son los datos estadísticos más completos a la fecha.

Para ello, nos parece fundamental realizar una descripción de algunas de las variables que toma la ENSSyR 2013¹⁷. Las variables seleccionadas dan cuenta de algunos aspectos generales sobre el conocimiento y las prácticas de la población analizada en relación con la SSR. Estas variables fueron: el conocimiento sobre MAC; la edad a la que tuvieron su primera relación sexual; el uso de un MAC en esa primera relación sexual; el uso de MAC en la actualidad; y conocimiento sobre Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS).

Con respecto al **conocimiento de MAC**, se les solicitó a los/as entrevistados/as que enumeraran de manera espontánea los MAC que conocían (Cuadro 4). Como resultado, se observó que un 94% de las mujeres entrevistadas mencionó conocer las pastillas anticonceptivas, un 87% mencionó al preservativo y un 62% el DIU. A su vez, menos del 20% de las mujeres mencionó métodos como

¹⁶ Esta investigación consistió en una prueba piloto que permitió obtener información para las 6 regiones estadísticas del país (Gran Buenos Aires, Pampeana, Noroeste, Noreste, Cuyo y Patagónica). El diseño muestral de la encuesta fue probabilístico y multietápico. Se realizó de manera asociada a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU), en el marco del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). Esto significa que la muestra de viviendas se seleccionó sobre aquellas viviendas de la EAHU del tercer trimestre de 2012 con al menos una mujer de 14 a 49 años y/o al menos un varón de 14 a 59 años. Según el informe donde se presentan los resultados preliminares, la utilización de la EAHU como marco de muestreo tuvo como principal objetivo facilitar el contacto de la población objetivo. Disponible en http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf

¹⁷ En los cuadros de resultados que se presentan a continuación se pueden ver los datos desagregados por edad, sexo y región. A los fines analíticos de esta investigación no tomaremos en cuenta la región como variable, ya que nos centraremos luego en la ciudad de Mar del Plata perteneciente a la región Pampeana. En el único caso que se presentan también otras variables es al momento de analizar el uso de métodos anticonceptivos en la actualidad, donde se desagrega también por situación conyugal y nivel de instrucción.

la ligadura de trompas, el ritmo, la pastilla del día después, el diafragma o la vasectomía (Cuadro 5).

Mientras que entre los hombres entrevistados, un 95% mencionó conocer el preservativo, un 82% mencionó las pastillas anticonceptivas, y sólo un 37% el DIU. Con respecto a otro tipo de métodos, menos del 10% mencionaron métodos como la ligadura de trompas, la pastilla del día después, el ritmo, el diafragma o la vasectomía (Cuadro 6).

En relación a la **primera relación sexual**, las mujeres han tenido su primera relación sexual a una edad promedio de 17,3 años, mientras que los hombres la han tenido a una edad promedio de 16 (Cuadros 7 y 8). Además, tanto en hombres como en mujeres, al desagregar por grupo de edad, se puede ver que cuanto menor es el grupo etáreo, menor es la edad en la que tuvieron su primera relación sexual.

Con respecto al **uso de algún MAC en la primera relación sexual**, 7 de cada 10 mujeres y hombres mencionaron haber utilizado algún tipo de MAC en la primera relación sexual. Sin embargo, en las mujeres, se pueden observar diferencias significativas al desagregar por grupo etáreo, ya que entre las mujeres más jóvenes un 90% utilizó algún MAC en su primera relación sexual, entre las mujeres de 40 a 49 años, menos del 50% utilizó algún MAC (Cuadro 9). En los hombres, un 65% declaró haber utilizado algún MAC en la primera relación sexual, y en cuanto a las diferencias que aparecen al desagregar por grupo etáreo, la tendencia es similar a la que se observa en las mujeres (Cuadros 10 y 11). Además, el MAC más utilizado en la primera relación sexual fue el preservativo, teniendo como frecuencia que 9 de cada 10 mujeres y hombres lo mencionaron (Cuadros 12 y 13).

En lo referente al **uso de MAC en la actualidad**, 8 de cada 10 mujeres y hombres mencionaron utilizar algún tipo de MAC (Cuadros 14 y 15). Con respecto a esta variable, se puede observar que el uso de un MAC en la actualidad se relaciona con la edad de manera similar en los hombres y las mujeres. En el grupo etáreo más joven (de 14 a 19 años) las mujeres que actualmente usan algún MAC

representan el 90% y los varones el 97,6%. Estos valores van descendiendo a medida que avanza la edad de las personas, hasta llegar a valores en los que los usos de MAC en la actualidad disminuyen al 71,6% en las mujeres de 40 a 49 años y al 57,3% en los hombres de 50 a 59 años.

Prestando atención a la situación conyugal se observa, tanto en las mujeres como en los hombres, que quienes más usan un MAC en la actualidad son los/as solteros/as (94,4% en el caso de las mujeres y 96,9% en el caso de los hombres). Luego se encuentran los/as separados/as, divorciados/as y viudos/as (85,2% en el caso de las mujeres y 91,8% en el caso de los hombres). Por último, quienes menos utilizan un MAC en la actualidad son quienes se encuentran unidos con una pareja estable o casados/as (76,6% en el caso de las mujeres y 71,2% en el caso de los hombres). No obstante, se puede observar en los casos en que los hombres son solteros o separados, divorciados y viudos una mayor proporción del uso de MAC en la actualidad que en el caso de las mujeres, mientras que en el caso de las mujeres casadas se observa una mayor proporción del uso de MAC en la actualidad que en el caso de los hombres.

Por último, haciendo referencia a la variable nivel de instrucción, se puede observar tanto en los hombres como en las mujeres que cuanto menor es el nivel de instrucción, menor es el uso de MAC en la actualidad.

Con respecto a cuáles son los MAC más utilizados en la actualidad¹⁸ (Cuadro 16), podemos observar que entre las mujeres los métodos más utilizados son los hormonales (en un 51%) y luego los métodos de barrera (en un 30%). Por el contrario, en el caso de los hombres, el método más utilizado es el de barrera (en un 49%) y luego los métodos hormonales (en un 38%). Con respecto a la obtención de estos métodos, un 32% de las mujeres y sólo un 22% de los hombres manifestaron haberlo obtenido de forma gratuita. Sin embargo, resulta pertinente desagregar la forma de obtención del MAC en función de la cobertura de salud, ya que se puede observar que sólo 2 de cada 10 de las mujeres que tienen obra social

¹⁸ Para la descripción que se presenta a continuación, se agruparán los métodos anticonceptivos en: métodos anticonceptivos hormonales (pastillas, inyectables, parches o implantes), métodos anticonceptivos de barrera (preservativo, diafragma o espumas, jaleas u óvulos), y resto de los métodos (DIU, espiral o T de cobre, anticoncepción quirúrgica).

o prepaga lo obtienen de forma gratuita, mientras que esa frecuencia asciende a más de 4 de cada 10 mujeres que lo obtienen de forma gratuita entre las que no tienen cobertura de salud. La misma relación se da entre los varones, ya que sólo un 16% de quienes cuentan con obra social o prepaga mencionó que lo obtiene gratuitamente, mientras que el porcentaje asciende a un 34% entre quienes no poseen cobertura de salud (Cuadros 17 y 18).

Por último, con respecto al **conocimiento de Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS)**, casi el 100% de las mujeres y los hombres mencionaron conocer al VIH/SIDA; un 90% de las mujeres y un 87% de los hombres mencionaron conocer la Hepatitis B; un 75% de las mujeres y un 78% de los hombres mencionaron la Sífilis; un 67% de las mujeres y un 60% de los hombres mencionaron conocer el herpes genital; la mitad de los entrevistados nombró a Gonorrea; y el resto de las ETS fueron menos mencionadas (Cuadro 19).

El análisis de los datos de la Primer Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva, aunque estuvo constituida por una muestra pequeña, resultó fundamental en nuestro país para tener una visión más confiable del nivel de información disponible para la población con respecto a estas temáticas. A los fines de esta investigación resultan pertinentes para enmarcar el conocimiento y el uso que tienen las personas sobre el uso de MAC en particular, y la SSR en general.

En este sentido, para llevar adelante un análisis de las opiniones del personal de salud de APS resulta primordial encuadrar estos datos en la estructura sanitaria argentina (como hicimos anteriormente), pero también analizarlos como ejes principales de una Ley Nacional que incorpora un enfoque de Derechos Humanos. Por lo tanto, la intención del próximo apartado es contextualizar este enfoque en las políticas públicas en la materia.

5) Los Derechos Sexuales y Reproductivos como parte de los Derechos Humanos

Hasta el momento, en este capítulo hemos historizado el concepto de SSR. Es fundamental analizar cómo los temas en materia de sexualidad y reproducción pasaron de formar parte de la agenda de población a la agenda de salud, para poder comprender luego cómo se llega a la Ley Nacional de SSR. Así pues, contextualizamos esta Ley en un esquema de Salud Pública que nos permita analizar sus objetivos en la implementación en APS bajo la competencia del Ministerio de Salud de la Nación. Por último, es necesario enmarcar este trabajo en un enfoque de Derechos Humanos (Brown, 2014). Hay amplios debates dentro del feminismo sobre si encuadrar o no los Derechos Sexuales y Reproductivos como parte de los Derechos Humanos (Paterman, 1995; Brown, 2014; Petracci y Ramos, 2006; Petracci y Pecheny, 2010, 2009; Bellucci, 2014; López y Pantelides, 2007).

Por lo tanto, este anteúltimo apartado se propone realizar un recorrido teórico por el concepto de SSR, desde una perspectiva que haga hincapié en los Derechos Humanos. Para ello, se enumerarán todas las aristas desde las cuales se puede pensar el problema de la sexualidad en Argentina, más allá de que luego se priorice un enfoque exclusivamente realizado desde el campo de la Salud.

Como se dijo anteriormente, la SSR implica el derecho a tener relaciones sexuales placenteras, sin coerción, violencia, sin riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, ni embarazos no deseados o planificados, y que estos derechos aparezcan como fundamentales para mantener y mejorar la salud, practicar el cuidado propio y del otro/a. Es por esto que este trabajo parte de entender a la SSR como un aspecto fundamental en la vida de las personas, que abarca desde el ámbito de la salud y las estrategias de reproducción sexual de las mujeres y los varones hasta sus aspectos culturales, políticos, económicos. Por lo tanto, consideramos que la posibilidad de elegir cuándo y cómo ser madres (en el caso de que se desee serlo) es un derecho de todas las mujeres; y en consecuencia, debe garantizarse el acceso universal a la educación sexual, a los MAC y, en última instancia, al aborto.

Sin embargo, esta forma de comprender la SSR, fue el resultado de un largo camino de debates y discusiones. Los grupos feministas de los años '60 y '70 en Argentina, dieron una gran disputa teórica y social para poder separar la sexualidad de la procreación (Bellucci, 2014)¹⁹. Su intención era discutir el papel central de la mujer en la sociedad a partir de la maternidad, cuestionando el argumento evolucionista de que la mujer “estaba preparada biológicamente para serlo” (Brown, 2014). Para las feministas, esta asociación mujer-madre se sostenía sobre un pilar fundamental que habría que derribar: el patriarcado como base del sistema capitalista moderno que generaba la subordinación de las mujeres.

El postulado de la construcción de la diferencia sexual jerarquizada se remonta a los orígenes de la civilización occidental, donde aparece una dicotomía entre hombre y mujeres, en la cual el hombre está asociado a la cultura y la mujer a la naturaleza en función de su sexualidad y fertilidad (Thomas 1990, Foucault 1977, Fausto-Sterling 2000, Rubin 1989). En este sentido, Luciano Fabbri (2013) afirma que

“La fetichización biológica es uno de los pilares de la ideología patriarcal, ya que es internalizada por los sujetos de forma tal que actúa sobre la autoconciencia, impidiendo su cuestionamiento. El carácter supuestamente neutral y objetivo de las ciencias naturales y su metodología *aséptica* de investigación funciona como punta de lanza de esta ideología” (Fabbri 2013: 78).

La intención de las teóricas feministas de los '60 y '70 fue justamente desenmascarar y denunciar el patriarcado como un sistema de opresión social, cultural y económica donde las diferencias sexuales que se asumían como biológicas y naturales sostenían la subordinación de las mujeres a la dominación masculina (Millet, 1975; Paterman, 1995; Lerner, 1990). Siguiendo estos debates feministas, entendemos por patriarcado a la organización social jerarquizada de los sexos basada en la dominación masculina sobre las mujeres, construyendo así

¹⁹ Se pueden rastrear antecedentes previos, sobre todo en los movimientos anarquistas y socialistas. Para profundizar al respecto, se puede consultar Barrancos, 1991; Ledesma Prieto, 2014, 2013.

una red de poder que se asienta y perpetúa en la tradición de un discurso biológico cristalizado en la legitimación de una diferenciación social²⁰.

Simultáneamente, mientras las feministas discutían la vinculación entre el patriarcado y el capitalismo moderno, en la Conferencia Internacional de los Derechos Humanos de 1968 se incluyó dentro del ámbito de los Derechos Humanos a los Derechos Reproductivos. Sin embargo, no fue sencilla su universalización y aplicación dentro de estos derechos (ejemplo de ello fue el decreto 659/74 de control de la natalidad impulsado en Argentina para regular la comercialización de píldoras anticonceptivas). Recién en el Programa de Acción de El Cairo (1994) se puede observar un avance sobre la consideración de los derechos de las mujeres dentro del ámbito de los derechos humanos, a partir de considerar la salud como un derecho básico. Por lo tanto, las propuestas de acción del programa incluían aspectos como la reducción de los índices de mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva. Incluir la salud reproductiva en este programa resultó un quiebre fundamental ya que fue la primera vez que aparecía dentro del marco de estos derechos (Brown, 2014: 179). Sin embargo, cabe destacar que los avances en la materia, en el caso de Argentina, se hicieron simplemente en el plano declarativo, ya que en las políticas concretas, al año siguiente de la Conferencia de El Cairo se incluyó en la reforma constitucional de 1994 el Derecho a la vida de la persona por nacer, lo que imposibilitó cualquier avance dentro de los debates parlamentarios de un proyecto de legalización del aborto.

Teniendo en cuenta que todo concepto tiene sus alcances y sus limitaciones, que es un terreno de disputa y que, por lo tanto, incluye y excluye definiciones, es que nos parece fundamental retomar el planteo que realiza Brown (2014) a partir de la utilización del concepto de derechos (no) reproductivos y sexuales. Para ella, los debates en los años '70 en torno al concepto "derechos reproductivos" como derechos humanos tienen dos puntos de apoyo fundamentales: la lucha feminista por el aborto legal en los países más desarrollados y las resistencias a las políticas coercitivas de control de la población implementadas en los países

²⁰ Para una mayor profundización sobre la discusión del concepto de patriarcado, se puede consultar Amorós, 1985; Fabbri, 2013; Millet, 1975; Paterman, 1995; Pauleo, 1994; Sojo, 1988.

subdesarrollados. Ambos puntos en realidad no se apoyan en la idea de reproducción, sino todo lo contrario, en la idea de la no-reproducción. Por lo tanto, la conceptualización de los derechos reproductivos, sigue poniendo en primer plano a la reproducción, y dejando de lado la idea de la anticoncepción y el aborto. Es por esto, que la autora decide agregar el (no), entre paréntesis, para poder interpelar la imagen de la mujer como madre, y poder dar cuenta que lo que se llama comúnmente “derechos reproductivos”, en realidad alude a las demandas feministas de tener derecho a una maternidad elegida y al derecho de poder elegir no ser madre. Y al mismo tiempo, le parece necesario agregar que los derechos no son sólo (no) reproductivos sino también sexuales, ya que es necesario incluir y visibilizar el ejercicio de otras sexualidades no heterosexuales y no reproductivas (Brown, 2014: 182-183).

El debate que recupera la autora con la incorporación del concepto de derechos sexuales y (no) reproductivos es fundamental ya que pone el acento en una contradicción del otro concepto con el que está discutiendo: el concepto de Derechos Reproductivos entendido como un derecho humano básico y universal que implicaba

“la posibilidad de ejercer la sexualidad y la maternidad en libertad, sin riesgos para la salud y sin ser objeto de discriminación cultural, social y laboral [...], de tomar decisiones reproductivas basadas en información veraz y accesible, y en recibir la protección social necesaria para llevar adelante estas decisiones; (y que) para ello debe asegurarse el acceso a: anticoncepción segura y eficaz, atención y protección del embarazo y la maternidad, aborto seguro y legal, tratamientos para la esterilidad, servicios de prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual” (AAVV 1997: 149).

Sin embargo, todas las políticas públicas devenidas de este concepto se enfocan en mujeres adultas, heterosexuales, preferentemente con pareja y en edad de procrear: prevención de ITS, control génito-mamario, atención antes, durante y después del embarazo. Por lo tanto los varones, las personas no heterosexuales, los niños y las niñas y los y las adolescentes, los adultos mayores tienen muchas más

dificultades de ser considerados en el marco de estas políticas (Brown, 2014). Esto se debe fundamentalmente a dos cuestiones: por un lado a que más allá de la concepción amplia de derechos sexuales y reproductivos que tenga la Ley que analizamos aquí, ésta termina priorizando la PF a partir de la provisión gratuita de MAC; y por otro lado, a que la organización del sistema de salud no se preocupa por incorporar a estos grupos en materia de SSR.

Pero entonces, ¿por qué existe esta contradicción? Brown (2014) considera que la conquista de estos derechos se hizo a partir del concepto de salud reproductiva por dos motivos: por un lado porque el movimiento feminista y de mujeres no pudo prevenir los aspectos que dejaría afuera dicho concepto, y por otro lado, porque algunos sectores no acuerdan con la demanda de los derechos sexuales ni con la reivindicación del derecho al aborto. Sin embargo, para la autora,

“lo importante aquí es que los conceptos así como las políticas, tienen una trayectoria y son consecuencia de determinado contexto. [...] Si bien la noción de salud reproductiva es altamente problemática por las razones anteriormente expuestas, sin embargo suponen un mínimo exigible al Estado en términos de derechos históricamente negados a un conjunto de seres humanos (las mujeres) también históricamente vulnerabilizados” (Brown, 2014: 189).

Es a partir de la lectura de Brown que esta investigación se enmarca en un enfoque de la SSR desde los Derechos Humanos²¹, porque nos permite atender muchas más aristas de este problema.

En Argentina, el regreso de la democracia en 1983 fue fundamental para poner de relieve que durante la dictadura cívico-militar se excluyó de todo debate público y político a los derechos sexuales y, al mismo tiempo, se reprimió a cualquiera de las voces que se propusiera reclamarlos. Con respecto a esto, Pecheny y Petracci (2006, 2009) afirman que la transición a la democracia favoreció

²¹ Resulta fundamental resaltar la influencia de Scott (1994) en el planteo teórico de Brown (2014). Sin embargo, a los fines analíticos de esta investigación nos resulta más pertinente recuperar a Brown ya que su tesis doctoral fue realizada en el 2014 en Argentina.

“la apertura y ampliación del universo político: nuevos temas son susceptibles de deliberación, gran parte de las relaciones sociales son cuestionadas y nuevos espacios se vuelven terreno de acciones políticas. En particular, la reivindicación de derechos sexuales politiza relaciones sociales consideradas privadas o naturales, poniendo en cuestión los límites instituidos entre lo privado y lo público, y entre lo natural y lo social” (Pecheny y Petracci, 2006: 44).

A su vez, durante toda la década de 1990, las diferentes convenciones internacionales pusieron en debate temas referidos tanto a la SSR como a los derechos de las mujeres. Con respecto a estas declaraciones internacionales, en la reforma constitucional de 1994 se les asignó mayor status, sobre todo a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Sin embargo, los cambios más significativos (en donde se puede observar realmente una modificación en la legislación en pos de la ampliación de derechos) se observan a partir de la década siguiente. No se puede desconocer que en Argentina, además de crearse el PNSSPR, se reconocieron otros derechos en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos a partir de la sanción de las siguientes leyes:

- Ley 25.929: Ley Nacional de Parto Respetado. Sancionada en el año 2004.
- Ley 26.130: Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica, donde se establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligaduras de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud. Sancionada en el año 2006.
- Ley 26.150: Ley Nacional de Educación Sexual Integral, donde se establece que todos los estudiantes tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional,

provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipales. Sancionada en 2006.

- Ley 26.485: Ley Nacional de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada en el año 2009²².
- Ley 26.529: Derechos del paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, donde rigen los derechos de los pacientes en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica. Sancionada en el año 2009.
- Ley 26.743: Ley de identidad de género, donde se establece el derecho a la identidad de género de las personas. Sancionada en el año 2012.
- Ley 26.862: Ley Nacional de Reproducción Médicamente Asistida, donde se establece el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistidas. Sancionada en el año 2013.

Sin embargo, en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos aún queda pendiente en Argentina la sanción (aún no se llegó siquiera al debate parlamentario) de una ley que contemple la Interrupción Voluntaria del Embarazo para las mujeres que lo deseen.

²² Con respecto a esta Ley, el artículo 6 inciso e) hace referencia a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

6) El aborto: ¿Una deuda de la democracia?

Aunque el PNSSPR no contemple al aborto, en esta investigación partimos de conceptualizarlo como un problema social, porque se enmarca en el ámbito de la salud pública y las estrategias de reproducción sexual de las mujeres, pero al mismo tiempo reúne aspectos culturales, políticos y económicos. Esta premisa nos permite pensar que la discusión sobre la legalización del aborto, es más que la discusión sobre una ley: es una discusión sobre los derechos de las mujeres y la forma en la que éstas ejercen su ciudadanía (Chiarotti, 2006). Por lo tanto, comprender la maternidad como una elección y no como una obligación, debiera discutirse junto con que el acceso a la educación sexual, a los anticonceptivos y, en última instancia, al aborto, como derechos de todas las mujeres.

En la Argentina, el aborto acontece en la clandestinidad. Por lo tanto, como la ilegalidad del aborto no elimina la práctica sino que la invisibiliza, adquiere un carácter de semi-legalidad, ya que no hay un intento sistemático por parte del Estado de impedir la realización de la práctica. Esto es fundamental, ya que el carácter semi-legal en el que se encuentra, no permite contar con la información necesaria que demuestre su importancia en tanto problema de salud pública.

En este sentido, afirmar que entendemos al aborto como un problema de salud pública, implica pensar que la solución debe provenir del Estado, de otra forma que no sea la penalización de las mujeres que se practican abortos en la clandestinidad y su criminalización. Para ello, es necesario realizar un diagnóstico de la situación en la que se encuentra el aborto en Argentina. Las últimas estimaciones sobre la cantidad de abortos inducidos en nuestro país, se realizaron por Mario y Pantelides (2009)²³. En la investigación que llevaron a cabo las autoras, se pudo observar que los abortos inducidos alcanzan 500,000 por año en el país, de los cuales 80,000 terminan en una intervención hospitalaria (Mario y Pantelides, 2009) a la vez que muchas mujeres mueren por abortos clandestinos, representando la primera causa de mortalidad materna (Pecheny, 2005).

²³ Esta investigación fue realizada con el apoyo financiero del Ministerio de Salud, donde las autoras realizaron una estimación de cuántos abortos se realizaban en Argentina, utilizando dos métodos estadísticos diferentes.

Al comparar esta cifra con los 700,000 nacidos vivos por año en el país, podemos observar que los abortos inducidos representan aproximadamente la misma cifra que las dos terceras partes de los nacimientos. En esta sentido, tomando datos del artículo de Mario y Pantelides (2009), y cruzándolos con datos del Ministerio de Salud, Mario Pecheny (2005) afirma que en Argentina “la natalidad y la fecundidad son relativamente bajas, lo que muestra la existencia de una voluntad de regular la procreación” (Pecheny, 2005:2).

Aunque consideramos que esa voluntad de las mujeres de regular la procreación (a partir de las cifras presentadas anteriormente), se lleva adelante a partir del uso de MAC, es fundamental tener en cuenta que

“los avances en el uso de anticonceptivos han producido una reducción de la cantidad de embarazos no deseados, pero no han eliminado la necesidad de acceder a un aborto sin riesgos” (OMS, 2012: 17).

En este aspecto es esencial hacer referencia a que el uso exclusivo de MAC no elimina la necesidad de las mujeres de acceder a un aborto seguro principalmente por dos motivos: porque ningún MAC es 100% eficaz en la prevención de embarazos y por los casos en que las relaciones sexuales son forzadas y dan lugar a un embarazo no deseado²⁴. Con respecto a estos casos, “la condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de tener un aborto, pero afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos” (OMS, 2012: 17).

Siguiendo a la OMS (2012), un aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que no están capacitadas para hacerlo, que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos. Como consecuencia de las legislaciones que restringen el acceso al aborto legal y seguro, en los países como Argentina donde está penalizado, estas prácticas inseguras son una causa importante de mortalidad

²⁴ Aunque no hay datos al respecto específicos para Mar del Plata o Argentina, para tener una noción de las mujeres que quedan embarazadas aún utilizando algún método anticonceptivo, se puede ver el cuadro 20 en Anexos, proporcionado por la OMS en el año 2012.

materna. En este sentido, la estrategia reproductiva global que plantea la OMS se basa en los tratados internacionales que mencionamos anteriormente y tiene por objetivo “tratar adecuadamente los aspectos pragmáticos, legales y políticos que conllevan a ofrecer un aborto sin riesgos” (2012: 19).

Aunque es claro que en Argentina acontece cotidianamente, en el Código Penal el aborto es ilegal. No obstante, la criminalización del aborto y la penalización de las mujeres que lo realizan no reduce el número de abortos sino que pone en riesgo la vida de las mujeres que lo practican, ya que fomenta el mercado ilegal de abortos clandestinos (Faundes y Barzelatto, 2005).

Siguiendo una reconstrucción realizada por Zamberlin (2007), la situación legal del aborto en Argentina no es la excepción, sino que tiene el mismo carácter en la mayoría de los países de América Latina (excepto Puerto Rico, Cuba, Guyana y Uruguay). El Artículo 86 del Código Penal lo define como un delito contra la vida y la persona, y establece reclusión o prisión para cualquiera que lo efectúa y para la mujer que se causara o consintiera esa práctica. Sin embargo, en dos casos, el Código Penal establece al aborto como no punible (que no es lo mismo que establecer su legalidad): si la vida de la madre está en riesgo y no puede ser evitada por otros medios, y si el embarazo fuera el resultado de una violación cometida contra una mujer idiota o demente. No obstante, en la mayoría de los casos, los jueces no otorgan la autorización para que el aborto se realice, o los plazos que la justicia tarda en dar o no la autorización son mayores que el tiempo que se requiere para realizar un aborto seguro. Sin embargo, en ningún momento la ley establece que la autorización judicial sea un requisito necesario. Esto tiene como consecuencia “la criminalización general de todo tipo de abortos, incluidos los que están permitidos por la ley” (Chiarotti, 2006: 103-104).

Si tenemos en cuenta que la Argentina reconoció en la conferencia de El Cairo (1994) que el aborto es uno de los principales problemas de salud pública, y por ende, se comprometió a disminuir su incidencia a partir de mejorar los servicios de SSR; y si además contemplamos que la Argentina se comprometió en la conferencia de Beijing (1995), a revisar las leyes que penalizan a las mujeres que se someten a abortos clandestinos; notamos que es necesario, al menos en un

principio, garantizar en todo el país el acceso a los abortos que el Código Penal cataloga como no punibles.

En este sentido, que la justicia le niegue a una mujer la posibilidad de realizarse un aborto no punible cuando se encuentra dentro del marco permitido por el Artículo 86 del Código Civil, constituye una violación de los derechos humanos básicos que reconoce tanto nuestra legislación nacional como los tratados internacionales a los que la Argentina adhirió en los últimos años (Chiarotti, 2006).

En nuestro país, como consecuencia de esta ilegalidad, es difícil medir las muertes y las discapacidades físicas o psicológicas relacionadas con el aborto clandestino. Sin embargo, según estadísticas presentadas por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito en 2008, aproximadamente 100 mujeres mueren por año en Argentina como consecuencia de la realización de un aborto inseguro²⁵.

Al respecto, es necesario tener en cuenta que según López y Mario (2009) en el descenso de la fecundidad que se inicia en Argentina a fines del siglo XIX y se mantiene durante el siglo XX, se puede observar “una mayor fecundidad en las mujeres más pobres y las que residen en las provincias de menor desarrollo relativo” (Lopez y Mario, 2009: 41). En este sentido, Chaneton y Vacarezza (2011) hacen un fuerte hincapié en pensar la relación que tienen las mujeres con el aborto desde una perspectiva que tome en cuenta los diferentes sectores sociales. Las autoras piensan esta relación desde una doble dimensión: por un lado los diferentes sectores sociales a los que pertenecen las mujeres las llevan a realizarse distintos tipos de aborto, algunos más inseguros que otros, por lo que sólo las mujeres de los sectores más bajos de la sociedad ponen en juego su vida al realizarse un aborto clandestino; y por otro lado, el hecho de que el aborto se practique diariamente, pero el acceso al mismo sea diferente para las mujeres de un sector social y de otro, profundiza aún más las diferencias entre ellas. Con respecto a esto, las autoras afirman que

²⁵ Disponible en <http://www.abortolegal.com.ar/?p=665> y en <http://www.ossyr.org.ar/>

“La prohibición tolerada del aborto conlleva el efecto político de profundizar las desigualdades sociales, en este caso, entre mujeres ante la misma práctica. Una manera difusa de multiplicar las instancias de dominio y escamotearlas a la visibilidad “democrática” por vía de la clandestinidad obligada en la que tiene lugar el acontecer ilegal de la cuestión. El orden establecido se ve reforzado así, desde hace demasiado tiempo, de manera eficaz y económica, al liberarse el Estado y el resto de las instituciones de la responsabilidad por la protección de las vidas de las mujeres más vulnerables de la sociedad que son –como se sabe muy bien- quienes mayormente se exponen a abortos inseguros” (Chaneton y Vacarezza, 2011).

En este momento aparece la idea de que la prohibición del aborto, no elimina la práctica, sino que simplemente profundiza las diferencias sociales entre las mujeres que se lo practican. Así, el aborto se legitima como práctica social desde el momento en que medio millón de mujeres por año se los practican, pero su ilegalidad agudiza las diferencias entre las mujeres, ya que algunas de ellas cuentan con los medios económicos y materiales para no perder la vida en su realización, y otras están libradas a su suerte.

Por lo tanto, podemos resumir la idea afirmando que dentro del amplio mercado que hay en nuestro país para la realización de abortos clandestinos, los sectores medios y altos pueden acceder a abortos realizados en clínicas o consultorios privados, que cuentan con todos los instrumentos necesarios para asegurar que la vida de la mujer no corra riesgos. Sin embargo, las mujeres de los sectores pobres, no pueden acceder económicamente a este tipo de abortos, por lo que recurren a prácticas sumamente riesgosas. Con respecto a estas diferencias, Checa (2006) afirma

“por ello la práctica del aborto [...] expresa con notable fidelidad, además de la desigualdad ante la vida y la muerte entre las mujeres según su ubicación social, la vulneración de los derechos humanos de los que los derechos sexuales y reproductivos forman parte” (Checa, 2006).

En este sentido, frente a la decisión de interrumpir el curso de un embarazo no deseado, las mujeres recurren a prácticas tanto más riesgosas cuanto más bajos son los recursos de los que disponen (Vázquez y otros, 2006).

En este punto nos parece fundamental incluir en la compilación bibliográfica las investigaciones que han hecho hincapié en las estrategias de las mujeres en la realización de abortos clandestinos. Estas estrategias aparecen justamente cuando el sistema de salud pública no otorga ninguna respuesta a la problemática social emergente. Una de estas estrategias surgió en los últimos años con la circulación de información con respecto al uso del Misoprostol para la interrupción del embarazo²⁶.

En lo que respecta al Misoprostol, es posible afirmar que

“hay evidencia que demuestra que el aborto con medicamentos ha contribuido a disminuir las complicaciones de los abortos inseguros, aunque su utilización incorrecta, como el empleo de altas dosis en embarazos avanzados, puede generar graves consecuencias” (Zamberlin, 2007).

El Misoprostol aparece como una estrategia frente a los altos costos de los abortos quirúrgicos realizados en los hospitales. Sin embargo, como dice Zamberlin, su uso incorrecto puede traer complicaciones, por eso resulta tan importante que las mujeres que deciden realizarse un aborto con medicamentos cuenten con la información necesaria para hacerlo de manera correcta.

Por último, si tenemos en cuenta que el aborto se manifiesta como un problema de justicia social, porque quienes mueren o enferman son mujeres pobres o de bajos recursos, y como un problema de salud pública ya que los hospitales sólo pueden atender las consecuencias de los abortos clandestinos realizados en pésimas condiciones en vez de contemplar el problema de fondo; resulta imprescindible hacer una distinción entre la despenalización y la

²⁶ Resumidamente, el Misoprostol hace que el útero se mueva (generando contracciones) y que se expulsen por la vagina los tejidos que forman el embarazo. De esta forma, se aborta el embarazo no deseado. El uso del Misoprostol es seguro sólo hasta las 12 semanas de embarazo. A partir de ese momento, cualquier aborto es inseguro si se hace fuera del hospital (Lesbianas y feministas por la discriminalización del aborto, 2010).

legalización del aborto. La despenalización hace referencia simplemente a quitarle la pena al aborto como delito. Sin embargo, la legalización significa despenalizar, pero al mismo tiempo generar y promover políticas públicas que garanticen su realización efectiva en todo el sistema de salud público nacional.

CAPITULO 3: Estrategia metodológica

1) Objetivos y metodología

Luego de haber realizado un recorrido por los debates y las investigaciones orientadas a la SSR, y haber caracterizado al PNSSPR dentro del sistema de Salud Pública Argentina en los capítulos anteriores, el objetivo general de este trabajo es analizar el funcionamiento de las Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva de los Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata, en relación con la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

De este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las opiniones de los/as profesionales de la salud sobre la atención que se brinda a los/as usuarios/as sobre Salud Sexual y Reproductiva, específicamente Planificación Familiar, Anticoncepción, Embarazo no planificado e Infecciones de Transmisión Sexual, en el marco del PNSSPR en dos Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata.
2. Indagar sobre los obstáculos y desafíos que reconocen los profesionales de salud en el acceso de la población a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
3. Identificar patrones de funcionamiento que permitan mejorar la calidad de atención en la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y los aportes que podrían realizarse para su mejora.

Partimos de comprender que las opiniones de los profesionales de la salud dan cuenta de los significados que tienen para ellos/as la SSR, por lo que nuestra aproximación metodológica es cualitativa. Esta perspectiva metodológica nos

permite conocer las razones y motivaciones subyacentes de las personas, y obtener respuestas de lo que las personas opinan respecto de determinados temas (Valles, 2000; Sautú, 2003, 2009).

Para llevar adelante esta tesina se realizó un recorte espacio temporal en dos CAPS de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2015. Los CAPS se seleccionaron en función de contar con informantes clave que nos posibilitaran el acceso a la coordinación del Centro de Salud, que a su vez, nos permitieron el acceso al personal que se desempeña en esos centros.

Se presentó en cada CAPS una nota solicitando la autorización para realizar el trabajo de campo. Esta presentación formal no generó ningún tipo de obstáculos. Sin embargo, aunque en ninguno de los dos CAPS hubo inconvenientes al respecto, en uno hubo mayor predisposición que en el otro para la realización del trabajo de campo. Una de las causas de esta diferencia, puede haber sido por la cantidad de usuarios en cada uno de los CAPS. Es decir, que en el CAPS 2 los profesionales tenían más trabajo por lo que preferían no disponer de su horario laboral para la realización de entrevistas. Sobre este aspecto, nos detendremos más adelante.

Dentro de la perspectiva metodológica cualitativa, se decidió trabajar con dos técnicas de investigación. Por un lado se realizaron entrevistas en profundidad, lo que nos permite conocer las miradas, perspectivas, y el marco de referencia a partir del cual las personas se organizan y orientan sus comportamientos, ya que nos interesaba conocer y comprender las opiniones de los profesionales de la salud sobre la implementación de la Ley de SSR en los CAPS. Además, la elección de esta técnica se debió a la posibilidad de realizar una guía de entrevista flexible y exhaustiva (Meo y Navarro, 2009; Gómez Rojas y De Sena, 2013; Oxman, 1998).

Por otro lado, fue fundamental pensar la entrevista en profundidad junto con la observación participante (como técnica complementaria que permite observar la complejidad de lo social a partir de la simplificación sistemática de la realidad a través de un registro empírico tanto de los comportamientos de los sujetos sociales como de la dinámica del lugar donde se encuentran). Por lo tanto, se observaron los CAPS, entendidos no sólo como el espacio físico sino también

como las dinámicas que se desarrollan entre los individuos que pertenecen a los mismos (Gómez Rojas y De Sena, 2013; Giroux y Tremblay, 2004).

Por lo tanto, la entrevista en profundidad nos sirvió para analizar las opiniones de los profesionales de la salud, mientras que la observación participante nos permitió poder describir el espacio, las relaciones entre los trabajadores y los usuarios, las dinámicas del centro de salud, y de esa manera poder contextualizar sus opiniones.

Para aproximarnos al tema de estudio y mediante una muestra intencional, se entrevistó a 11 trabajadores de la salud, que desempeñan su trabajo en APS (ver Matriz de Entrevistados en Anexos). Todas las entrevistas se realizaron en el Centro de Salud (algunas de ellas en el consultorio del profesional y otras en los espacios comunes), se grabaron y se desgrabaron para ser analizadas según los temas propuestos. Además de la situación de entrevistas, se observó en ambos CAPS en diferentes oportunidades. En una primera instancia se realizaron observaciones generales y descriptivas, para luego poder realizar una observación enfocada en algunos aspectos más relevantes para esta investigación que surgieron a partir de las entrevistas.

El uso de una estrategia de análisis cualitativo no es un proceso lineal, sino que se realiza a lo largo de toda la investigación y permite ajustes y modificaciones durante el trabajo de campo. En esta tesina, recurrimos a un análisis de los datos obtenidos en las entrevistas y la observación a partir de identificar las principales dimensiones del análisis. Este tipo de estudio consiste en hallar patrones interpretativos en el relato de los entrevistados que nos permitan dar cuenta del sentido de las opiniones y de las prácticas de atención desde la mirada de los actores.

En este trabajo recurrimos a un análisis temático de los datos obtenidos en las entrevistas y la observación. A partir de repetidas lecturas exhaustivas de las entrevistas se logró identificar las principales dimensiones del análisis. Posteriormente se trabajaron las unidades textuales codificadas en una planilla de reducción de datos. A partir de cada dimensión se trabajó en la interpretación de

los testimonios siguiendo criterios de afinidad teórica y tratando de hacer emerger el sentido que los actores le dan a sus expresiones. El material codificado se analizó para interpretar las opiniones de los profesionales de la salud, estableciendo relaciones con los aspectos teóricos para poder dar cuenta de las regularidades, pero también de los casos únicos.

Estas codificaciones fueron las que nos permitieron elaborar fichas con el material siguiendo un análisis temático que nos permita examinarlo a través de asociaciones, frases recurrentes, expresiones del lenguaje y el sentido que los entrevistados le dan a sus dichos, en donde podemos ver la influencia de sus opiniones.

Finalmente, la estrategia para el análisis del material se basó en los ejes propuestos en los objetivos específicos: la opinión de los profesionales de la salud sobre el PNSSPR, PF, anticoncepción, embarazos no planificados e ITS. Para poder acceder a esa información, en las entrevistas semi-estructuradas se fueron planteando los temas desde lo más general hasta lo más específico (ver guía de entrevistas en Anexos). Esto nos permitió poder indagar sobre las opiniones de los profesionales con respecto a cada tema, teniendo en cuenta el recorrido teórico planteado en los capítulos anteriores.

2) Descripción del ámbito de estudio

Los dos CAPS que se seleccionaron para realizar esta investigación están ubicados geográficamente en la zona norte y en la zona sur de la ciudad de Mar del Plata, ambos comprendiendo barrios periféricos²⁷.

El CAPS 1, ubicado en la zona norte de la ciudad, se encuentra en el corazón del barrio, frente a un parque y se accede por un camino de tierra. El barrio está rodeado de campos poco cultivados y la única forma de acceso es desde una ruta. A este CAPS concurren personas que viven en el barrio, pero también en otros tres barrios que comprenden el área programática y se encuentran del otro lado de la ruta. Los datos de las personas son administrados por las enfermeras (una de ellas es coordinadora del Centro de Salud). En la actualidad, hay aproximadamente 250 personas “bajo programa de salud sexual”, como denominan las enfermeras a las mujeres que se acercan regularmente al CAPS a buscar alguno de los MAC. De esas mujeres, según los datos de los que dispone el médico generalista, 150 mujeres tienen colocado el DIU (aunque no se controlen regularmente) y otras 100 retiran periódicamente MAC hormonales.

Este Centro de Salud es pequeño. Cuenta sólo con tres consultorios, tres oficinas, dos baños y un depósito que se usa a modo de farmacia. Al no ser tan amplio, son pocas las personas que trabajan allí, por lo que muchos de ellos conocen a los pacientes y los saludan por sus nombres, les preguntan por miembros de la familia o saben la medicación que van a buscar. Esta realidad nos sirvió para utilizar la familiaridad propia del CAPS como eje central para la técnica de bola de nieve (que en metodología cualitativa se usa para tejer redes entre la población que se está estudiando y que cada una de las personas presente a otra). Esta situación generó un vínculo en el que cada trabajador/a nos fue presentando al otro/a, por lo que se realizaron siete entrevistas en profundidad (dos médicos generalistas, dos enfermeras –una de ellas la coordinadora-, una ginecóloga, una

²⁷ Para cuidar la identidad de los/as trabajadores/as de esos CAPS, los nombres tanto de los Centros de Atención como de los profesionales han sido modificados. En este sentido, denominaremos CAPS 1 y CAPS 2 a los Centros de Atención Primaria de la Salud investigados, y llamaremos a los trabajadores por su profesión o especialización (es decir, médico generalista, enfermera, asistente social, etc.). En el caso de haber más de un trabajador/a por especialización, se numerarán 1 y 2.

obstetra y una asistente social), ya que todos los profesionales a los que se les pidió una entrevista, accedieron.

Por otro lado, el CAPS 2 está ubicado en la zona sur/suroeste de la ciudad de Mar del Plata y es uno de los pocos CAPS de la ciudad que atiende guardia 24hs y el área programática comprende aproximadamente seis barrios no muy bien definidos. La mayor parte de la población que concurre al CAPS vive en barrios construidos por Planes Federales de Viviendas y villas de emergencia. A partir de los datos que manejan desde el servicio social del CAPS, muchas de las personas que asisten lo hacen en una primera instancia por la necesidad de completar la libreta de salud que se requiere para las asignaciones de ANSES ya que muchas son beneficiarias de algún tipo de plan social mientras trabajan en la industria del pescado o como empleadas domésticas. A su vez, la población que concurre al CAPS se incrementó en la última década por la relocalización de una villa de la ciudad en varios complejos de viviendas del Plan Dignidad construido dentro del área programática.

El CAPS 2 es de mayor tamaño que el CAPS 1, cuenta con dos salas de espera, doce consultorios, la administración, la cocina, los baños, un patio donde funciona una huerta y un salón de usos múltiples que se utiliza para tener reuniones. Al ser más grande y contar con más personal y pacientes, fue complejo realizar las entrevistas ya que los trabajadores estaban ocupados y no siempre accedieron a responder. Por lo tanto, sólo se pudieron realizar cuatro entrevistas en profundidad (a una asistente social, una ginecóloga, una médica clínica y una psiquiatra).

Es fundamental tener en cuenta que en el CAPS 2, las personas realizan largas esperas para acceder a un turno ya que el sistema se encuentra colapsado. Esta situación genera mucho malestar entre los profesionales que no logran atender a todas las personas, pero también entre quienes están esperando desde la madrugada por un turno y no logran conseguirlo. Por lo tanto, muchos profesionales se negaron a contestar la entrevista, excusándose en que el tiempo que tenían debían utilizarlo para la atención a las personas. Frente a eso, se les propuso realizar la entrevista por fuera del horario de atención y algunos

accedieron a contestar las preguntas en el mismo CAPS antes de que comience la atención al público.

CAPITULO 4: Resultados de la investigación. ¿Qué es la Salud Sexual y Reproductiva y cómo se trabaja en Atención Primaria de la Salud?

1) Introducción

En esta investigación, hemos partido de comprender que la SSR implica el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes, sin coerción, violencia, sin riesgo a contraer ITS, ni embarazos no deseados o planificados, y que estos derechos aparecen como fundamentales para mantener y mejorar la salud, practicar el cuidado propio y del otro/a.

En la misma línea, el PNSSPR, como vimos anteriormente, tiene como objetivo principal alcanzar para la población el nivel más elevado de SSR con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia. Este objetivo abarca, por lo tanto, la disminución de la morbimortalidad materno infantil, los embarazos no deseados y ITS, y la promoción de la salud sexual en los adolescentes, el acceso a la información y la participación femenina en lo que hace referencia a la SSR.

Sin embargo, en el balance que realiza el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2010 con respecto a la implementación del programa en APS, se puede observar que se focaliza más en la distribución gratuita de los MAC que en los resultados del programa en relación a los otros objetivos.

En el caso de nuestra investigación, cuando se interrogó a los trabajadores de la salud sobre qué consideraban que abarcaba la SSR, muchas de las respuestas sólo se abocaron a la provisión gratuita de MAC, y en la mayoría de los casos, haciendo referencia a los MAC hormonales o el DIU. Por lo que aparecía una asociación directa de la SSR sólo con la prevención de embarazos no deseados.

“es un servicio necesario que de otra manera es muy difícil acceder. Se ve mucho con el tema de la colocación del DIU, se ve muchísimo con lo que es

la ligadura tubaria. O sea la posibilidad de acceder cambió en el este último tiempo". Médico generalista 1 – CAPS 1.

(es) "mi trabajo de todos los días [risas]. Entra la paciente al consultorio e indefectiblemente terminamos hablando de anticoncepción y procreación responsable". Ginecóloga – CAPS 1.

(con respecto al PNSSPR) "es lo que hacemos nosotros acá, que es entregar anticonceptivos gratis". Ginecóloga – CAPS 2.

Lo interesante de estas respuestas fue que en el transcurso de las entrevistas, aparecieron luego los temas relacionados con la importancia de la PF y la necesidad de prevenir las ITS, pero al momento de elaborar una respuesta sobre la noción de SSR, lo primero que apareció fue la provisión gratuita de MAC. Solo dos trabajadores de la salud (uno del CAPS 1 y otro del CAPS 2) incluyeron en su respuesta la importancia de las ITS.

"es cuidar a todas las personas que están en edad de embarazarse. Es cuidar, prevenir un embarazo, enfermedades de transmisión sexual. Y para eso vamos cambiando de acuerdo a las edades. A las adolescentes generalmente lo que más les damos son preservativos. Aparte de evitar el embarazo que sería lo de menos, evita las enfermedades de transmisión sexual. Y después a las más adultas les damos [pastillas] anticonceptivos". Obstetra – CAPS 1.

"Salud sexual y reproductiva bueno, tiene que ver con lo que es la prevención. O sea, hacer prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Y bueno, con el PAP [Test de Papanicolaou] lo que prevenimos también es el cáncer de cuello uterino [...]. Y después bueno, nosotros... hacemos planificación familiar, que bueno entregamos [anticonceptivos] aparte de darles información a las chicas. Acá vienen muchas adolescentes. Incluso vamos a las escuelas, a los colegios". Ginecóloga – CAPS 2.

En la última cita, podemos ver como la ginecóloga del CAPS 2 relaciona la SSR con la prevención. Y en ese sentido, contiene la prevención de ITS, y de los embarazos no deseados a partir del concepto de PF. También se refiere a la realización del PAP (Test de Papanicolaou) para la prevención del Cáncer de Cuello de Útero, ya que detecta lesiones precursoras en el cuello del útero que podrían derivar en un cáncer. A su vez, incluye la necesidad de realizar charlas en los colegios de la zona sobre temas de educación sexual.

El objetivo de este capítulo es analizar en profundidad los tópicos que emergen del campo con relación a la SSR, a partir de cinco dimensiones que nos permiten organizar la presentación de los datos en función de nuestros objetivos específicos. Por lo tanto, este capítulo se dividirá en los siguientes apartados:

- 1) Planificación Familiar
- 2) Anticoncepción
- 3) Embarazos no planificados
- 4) Infecciones de transmisión sexual
- 5) Balance del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

2) Planificación familiar

Con respecto a la PF, cabe destacar que este concepto fue superado teóricamente por la noción de SSR al ser más integral, como mencionamos en los capítulos anteriores. Sin embargo, hemos decidido referirnos en este apartado a la PF, a raíz de dos cuestiones fundamentales que surgieron a partir de nuestro trabajo de campo. En primer lugar, siguen existiendo aún programas de PF en el sistema de salud municipal. En segundo lugar, los profesionales de la salud entrevistados continúan utilizando el concepto de PF para referirse a los MAC. De ahí que, como se podrá observar en los fragmentos de entrevistas que se exponen a continuación, los profesionales de la salud no distinguen la SSR de la PF, ya que asocian directamente la SSR con los MAC. Por lo tanto, teniendo en cuenta estos aspectos, nos referiremos en este apartado a las consejerías sobre PF en vez de consejerías sobre SSR.

Podemos comenzar por afirmar que sólo en uno de los CAPS analizados en esta investigación funciona una consejería específica sobre PF. Al no haber una reglamentación clara en el PNSSPR sobre cómo debe aplicarse, muchas definiciones quedan sujetas a la dinámica organizativa de cada uno de los CAPS.

“y la verdad que nosotros, una cosa son las... lo que dicen los programas, otra cosa es la práctica realmente”. Médico generalista 2 – CAPS 1.

En el CAPS 1 cada uno de los médicos realiza el trabajo de la consejería sobre PF de manera individual y según sus criterios. Hasta el 2014 todo lo relacionado con PF y entrega de MAC, estaba organizado por enfermería.

“Nosotros hicimos durante muchos años todo lo que fue la planificación [...]. Nosotros los hacíamos venir y acá no teníamos un día para hacer planificación. Cada vez que se venía lo interrogábamos”. Enfermera 1 – CAPS 1.

Las usuarias asistían a una primera consulta con el médico donde decidían cuál era el MAC más adecuado para utilizar y ese método era suministrado por enfermería, que llevaba los registros médicos de las pacientes. Sin embargo, el

último año se incorporaron al CAPS dos obstetras y una ginecóloga, por lo que ellas comenzaron a llevar adelante las consultas y el registro, aunque los MAC siguen siendo procurados por enfermería. Los entrevistados llaman registros a una carpeta donde se especifica el nombre de la usuaria, qué MAC utiliza y si se hizo el control anual que se exige en el CAPS 1²⁸. Según varios de los trabajadores del CAPS, la llegada de nuevos profesionales ayudó a organizar el trabajo y permitió que los dos médicos generalistas no tuvieran que hacerse cargo de las consultas de PF, aunque siguen realizando consultas sobre el tema en función de la demanda que haya.

(Sobre el funcionamiento de consejerías de PF) *“Bien específica no. Así como días y horarios en que lo hacemos no. [...] lo hacemos más así a demanda. El que viene, consulta”*. Médico generalista 1 – CAPS 1.

Por lo tanto, cada uno de los médicos (sujeto al tiempo del que dispone en la consulta) conversa con las usuarias sobre PF y MAC. Algunos de los trabajadores del CAPS hacen referencia constantemente a que estas conversaciones dependen mucho de la demanda, ya que en momentos como el invierno, son tantos los usuarios con patologías respiratorias agudas infecciosas que no disponen de tiempo para hacer consejerías sobre PF y sólo conversan al respecto cuando hay una solicitud específica.

Con respecto a la falta de demanda, algunos trabajadores sostienen que no está en la mujer asistir a una consulta de PF por una falta de interés personal. Por lo tanto, las mujeres llegan a la consulta principalmente en dos momentos: cuando asisten a la consulta con el médico por cuestiones no relacionadas con la SSR y éste les pregunta sobre PF, o en las consultas durante el puerperio que se centran principalmente en que la mujer deje el CAPS con un MAC, en lo posible de larga duración.

En este sentido, el médico generalista hace referencia a que, desde que se implementó el PNSSPR, hay 250 mujeres bajo el programa de PF. De éstas, se han colocado 150 DIU y, hay otras 100 mujeres utilizando MAC hormonales. Más allá de

²⁸ En el próximo apartado hacemos referencia a la exigencia del control anual en el CAPS 1.

que estos datos son estimados, para el médico hablan de su compromiso con respecto a la PF.

“eso habla también del compromiso del recurso humano de acá de ponerlos [el DIU], porque veíamos los problemas y realmente quisimos dar una respuesta. ¿Por qué? Porque obviamente el dispositivo para colocar estaba, teníamos el insumo y el compromiso y la responsabilidad de ponerlo”. Médico generalista 2 – CAPS 1.

Por otro lado, en el CAPS 2 la organización con respecto a la PF es muy diferente, ya que funciona un consultorio referido a la temática tres veces por semana. Uno de los días se hace PF de primera vez (las mujeres que ingresan al programa de PF) y los otros dos días se resuelven consultas para las mujeres que ya utilizan algún MAC. El consultorio de primera vez es atendido por la ginecóloga, y los otros días por una enfermera y una obstetra.

En este CAPS la función del consultorio de PF está relacionada directamente con la entrega de MAC. En este consultorio,

“hay un programa de planificación familiar, ahí están las historias clínicas separadas de las de ginecología, porque sí, se lleva un control de las pacientes, de la entrega de métodos anticonceptivos, todo”. Ginecóloga – CAPS 2.

Por lo tanto, el recorrido de las usuarias se inicia con la consulta al médico clínico, éste las deriva a ginecología, de allí pasan a ser atendidas en el consultorio de PF (que también se ocupa del seguimiento del uso de MAC), y finalmente retiran el MAC en la Farmacia del CAPS.

Lo que resulta problemático de este sistema, es que las mujeres deban hacer la consulta con ginecología para acceder al consultorio de PF para obtener un MAC. No sólo por la cantidad de intermediarios que aparecen entre la mujer y el MAC, sino también porque las mujeres tienen que ir a esperar en la puerta del consultorio desde las cinco de la mañana para conseguir un turno, ya que sólo se entregan 10 turnos por día. Se observó que hay mujeres que no llegan a ser

atendidas porque se agotan los turnos y, como para muchas de ellas representa un gran esfuerzo ir hasta el CAPS en horas de la madrugada, hay muchas probabilidades de que no vuelvan a la consulta. Más allá de que la ginecóloga asegura que, en caso de una urgencia, se atiende a la mujer aunque no tenga turno, la PF no es considerada de esa manera. Con respecto a esta limitación en el acceso a los turnos, los trabajadores del CAPS afirman que el problema es la falta de personal y el aumento de la población en el área programática. Sin embargo, lo más importante con respecto a esta situación es el hecho de que otorgar sólo 10 turnos por día genera una barrera para las mujeres en el acceso al MAC.

3) Anticoncepción

Como mencionamos al comienzo de este capítulo, durante el trascurso de la investigación surgió en varias oportunidades la mención por parte de los trabajadores de la falta de reglamentación clara en el PNSSPR. En este sentido, los profesionales de los CAPS señalan que el PNSSPR no establece claramente cómo se tiene que organizar, por ejemplo, la entrega de MAC (los horarios o la exigencia de estudios previos como el PAP). Frente a estas situaciones cada CAPS se organiza en función de criterios que establecen los mismos profesionales. Sus decisiones al interior del CAPS generan dinámicas que operan a modo de barrera para el acceso universal, en este caso, de los MAC.

Uno de los objetivos básicos del PNSSPR es garantizar la provisión de MAC de manera gratuita para toda la población. Estos métodos son: cuatro tipos de pastillas anticonceptivas hormonales (dos de ellos especiales para las mujeres que están en período de lactancia), un inyectable anticonceptivo hormonal mensual, un implante subdérmico, el DIU (Dispositivo Intrauterino), los preservativos masculinos y la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria o vasectomía).

Cabe destacar que al contar el PNSSPR con la opción de varios MAC, cada persona debería poder elegir cuál de esos métodos le resulta más conveniente según su situación. Sin embargo, en los dos CAPS analizados podemos observar que los criterios médicos varían al momento de recomendar un MAC u otro.

Según la Guía Práctica para Profesionales de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2012), los médicos al recomendar un MAC tienen que tener en cuenta los criterios de elegibilidad propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que están basados en evidencia científica (Cuadros 21, 22, 23, 24 y 25). Estos criterios representan una serie de recomendaciones, no de normas estrictas, pero que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos MAC según las condiciones médicas de cada usuaria. Según la OMS, las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada MAC se clasifican en categorías: Categoría 1 (no hay restricción en cuanto al uso de MAC), Categoría 2 (las ventajas del uso de MAC generalmente superan los riesgos teóricos o probados), Categoría 3 (los riesgos

teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso de MAC) y Categoría 4 (representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el MAC).

Según la OMS y el Ministerio de Salud de la Nación (2012), los profesionales de la salud deberían apoyarse en esta categorización al momento de recomendar determinado MAC a una usuaria.

Además de esta categorización, hay criterios que no dependen de la perspectiva del profesional ya que están enfocados a un sector de la población en particular (como es el caso del implante subdérmico que analizaremos más adelante).

Sin embargo, muchas veces los médicos ofrecen un MAC en vez de presentarle a la usuaria todas las opciones. Para poder indagar sobre este aspecto, se les preguntó a los profesionales cuáles eran los criterios para recomendar un MAC u otro.

“Las que quieren ponerse el DIU, primeramente tienen que haber sido madres. O sea, se lo puede poner, pero nosotros le recomendamos que antes que nada haya tenido una gesta, un embarazo, un parto, y después de la primera experiencia sí ponerse el dispositivo. Eso sí lo aconsejamos. Después las cosas que aconsejamos son de sentido común. O sea, una chica que no tiene pareja estable no tiene sentido que tome anticonceptivos, le recomendamos preservativos. Pero mayormente, ahora la mayor cantidad de chicas son las que están con anticonceptivos orales”. Médico generalista 2 – CAPS 1.

Este médico afirma que los consejos forman parte del “sentido común”. Pero, ¿cuál es el “sentido común”? ¿Estos consejos condicionan la libre elección del MAC que cada una considere acorde a sus necesidades? Si una mujer no quiere utilizar MAC hormonales y prefiere ponerse un DIU aunque aún no haya sido madre y no haya una contraindicación médica, ¿se le niega esa posibilidad? Según los criterios de elegibilidad presentados más arriba, el DIU es categoría 1 desde los 18 años de edad y en ningún momento se especifica la necesidad de haber

transitado un embarazo, por lo que esa recomendación es impuesta por el médico generalista 2 creando una barrera en el acceso al DIU por parte de las mujeres que no hayan sido madres.

Sin embargo, otros profesionales contestaron que era una decisión de las mujeres y que, mientras no hubiera una contraindicación médica, (Categorías 3 y 4 de la clasificación de la OMS), podían elegir cualquiera de los MAC disponibles en el programa y el CAPS.

“la gente tiene que decidir qué método usar”. Enfermera 1 – CAPS 1.

“en base a lo que va a hacer cada paciente, decide cuál es el método que va a elegir”. Ginecóloga – CAPS 1.

“y eso depende de quien lo atienda, en general en el caso mío, no sé, primero hablamos y me dice qué es lo que quiere o por ejemplo, me dice ‘quiero un método anticonceptivo’, ‘y vos qué querés’, y a partir de lo que ella quiere vamos hablando. ‘Y vos que querrías usar’, y a partir de ahí primero hablamos de lo que hay y le explico cómo es”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

Si bien en el discurso los entrevistados afirman que la elección del MAC es una decisión de las mujeres, también surge la idea de que la elección está supeditada al profesional que la atiende. Por ello nos parecía necesario recuperar la frase del médico generalista 1: “eso depende de quién lo atienda”. Teniendo en cuenta que dentro del consultorio el médico oficia de autoridad para las usuarias, el hecho de que aconseje usar un MAC en vez de otro sin haber contraindicaciones de por medio, ¿no se contradice con que cada mujer pueda elegir libremente que MAC utilizar?

Para poder adentrarnos en estas preguntas, nos parece fundamental detenernos en cada uno de los MAC que otorga de manera gratuita el PNSSPR, ya que en el transcurso de la investigación hemos podido ver que aparecen algunas situaciones susceptibles de ser analizadas a modo de barreras para el acceso universal.

Con respecto a los **MAC hormonales** (ya sea en comprimidos o inyectables), en el CAPS 1 se genera una discusión con respecto a diferencias de criterios sobre los requisitos para acceder a ellos. Hasta la llegada de la ginecóloga y las obstetras, la entrega de MAC hormonales se encontraba a cargo de enfermería, con previa consulta con alguno de los médicos generalistas. Sin embargo, la incorporación de las profesionales cambió la dinámica de la entrega de los MAC hormonales en el CAPS.

“nos pasó que cuando vino la ginecóloga tenía criterios de ser más duros, que eran necesarios también [...]. Cuando viene la ginecóloga ajusta y nos viene buenísimo porque empezó a controlar ciertas cuestiones”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

Según el profesional, estos “criterios más duros” que instaló en el CAPS la ginecóloga eran necesarios porque las usuarias ya no hacían las consultas sino que simplemente retiraban los MAC hormonales. Por lo tanto, la entrega de los MAC se encontraba en “piloto automático” y, luego de varios años, éstos estaban contraindicados para la paciente o no se habían hecho controles médicos en mucho tiempo. Por lo tanto, era necesario volver a pensar la forma de entrega de estos MAC. Fundamentalmente, la decisión que tomó la ginecóloga fue la inclusión del PAP como requisito para la entrega del MAC hormonal.

“Obstetra: a cada paciente la vamos evaluando, pero siempre les pedimos un hepatograma que diga que está bien, que puede recibir anticonceptivos. Y después otra cosa que les pedimos, que es como un enganche que le hacemos, es pedir un pap.

Entrevistadora: *¿En qué sentido “como un enganche”?*

Obstetra: *porque sino las mujeres... ‘te tenés que hacer un pap’, ‘si sí’, y no vienen. Entonces si querés recibir las pastillas acá, te tenés que hacer un pap una vez al año”.* Obstetra – CAPS 1.

Lo que genera una discusión en el CAPS 1 es la forma en la que el PAP aparece a modo de “enganche” para las mujeres. Más allá de que los médicos generalistas comprenden la importancia de realizar el control anual y consideran

que hay que insistir a las mujeres con respecto a ello, no es lo mismo concientizar a las mujeres sobre la importancia de los controles anuales que obligarlas a realizárselos a cambio de la entrega de los MAC hormonales. Sobre todo, teniendo en cuenta que el mismo PNSSPR no exige el PAP como requisito para la entrega, por lo que es sólo una decisión de algunos trabajadores del CAPS 1.

“una condición que habíamos empezado a poner que yo no había estado de acuerdo era que sí o sí tenía que tener el PAP. Y si no tenés el PAP, te lo saco. Para mí no, de ninguna manera [...]. Porque si la mujer no quería hacerse el PAP, también tiene derecho a elección y de no quiero hacerme el PAP. O sea, para mi decile, ‘dale hacete el P’, pero como condición a mi no”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

Sin embargo, más allá de las diferencias de opiniones entre los profesionales, en la actualidad en el CAPS 1 es obligatoria la realización del PAP anual para la obtención de algún MAC hormonal.

En cambio, en el CAPS 2 no hicieron referencia a que fuera una limitación para que las mujeres accedieran a un MAC. En este Centro de Salud, la ginecóloga aclaró que se pide el control anual, pero que no es condición necesaria para retirar el método, ya que la falta de personal médico y la falta de turnos generan una sobrecarga en los profesionales que no les permite resolver todas las demandas. Por lo tanto, se trabaja fundamentalmente con la inclusión de las adolescentes en el consultorio de PF y la realización de los primeros controles médicos para evitar los embarazos tempranos. De esta manera, ante la falta de recursos se prioriza una población específica (en este caso los y las adolescentes).

Otro aspecto importante que apareció en los dos Centros de Salud con respecto a los MAC hormonales fue la discontinuidad en su entrega. Varios trabajadores hicieron referencia a que, desde la implementación del PNSSPR, en algunos momentos faltaron pastillas anticonceptivas o inyectables. En esos casos, se le ofrecía a la usuaria que utilice otro MAC. Sin embargo, la Asistente Social del CAPS 1, al hablar sobre las mujeres que llegaban con embarazos al CAPS hizo referencia a que algunos de ellos eran producto de esta discontinuidad.

“Y yo ahí pregunto si buscaban el embarazo, si estaban tomando algún método anticonceptivo, y ahí me pasa que me dicen que sí, que estaba tomando pastillas pero cuando un mes no hubo... Pero ‘te dijeron que te tenías que cuidar con el preservativo’. ‘Sí, sí, pero bueno’. Como que la información a veces está, pero no está del otro lado a veces la conciencia de, ni la dimensión de lo que es dejar las pastillas un mes. Como que las dejaron y bueno, se colgaron y no se... Y ahí está el embarazo”. Asistente Social – CAPS 1.

Lo interesante de esta cita, es que la Asistente Social no pone el énfasis en que ese embarazo es producto de la falta del MAC, sino en la mujer que no tiene la “conciencia” de cuidarse de otra forma. No aparece una autocrítica (ya sea con respecto al rol del CAPS o al PNSSPR) por discontinuar la provisión de MAC que expone a las mujeres a embarazos no buscados, sino que se deposita toda la responsabilidad en la mujer y en su “falta de conciencia”.

Con respecto al **implante subdérmico**, se puede colocar en el mismo CAPS, sin necesidad de que la usuaria concurra a un Centro de Salud de alta complejidad. Este implante dura tres años y requiere el mismo control anual que otros MAC. En una primera etapa (segundo semestre del 2014) el Ministerio de Salud de la Nación, en el marco del PNSSPR, suministró 10.000 unidades. Esta etapa está dirigida exclusivamente a adolescentes de entre 15 y 19 años que hayan tenido un evento obstétrico (parto o aborto) en el último año. Debido a que el Ministerio de Salud fue el organismo que definió el grupo de edad para la colocación del implante, este recorte en la población que puede acceder no fue una decisión de cada uno de los CAPS. Al respecto, no se encontraron diferencias de opinión entre los trabajadores de los CAPS.

“Se coloca en ese rango porque es la población de más riesgo. Igual es un programa que viene de Nación así que bueno, nosotros, digamos que hacemos lo que viene impartido de Nación. Eh, bueno también hay chicas que tienen otra edad que se lo pueden colocar. No es que hay algún impedimento”. Ginecóloga – CAPS 2.

Lo que se pudo apreciar es que los trabajadores hacen referencia a la escasez de implantes debido a que se encuentra en la primera etapa de implementación. Por lo tanto, se define entre el equipo de salud qué adolescentes van a ser beneficiarias de dicho método. En esta línea, la asistente social del CAPS 1 hace referencia a que, aunque lo deciden interdisciplinariamente entre los médicos generalistas, las enfermeras, la obstetra y ella, quienes más peso tienen en las definiciones son la obstetra y las enfermeras porque conocen a la familia de la adolescente. De esta manera, los médicos generalistas y la ginecóloga quedan en un segundo plano ya que tienen menos peso al momento de tomar definiciones.

“Asistente Social: con el tema del implante como que estamos tratando, como hay tan poquitos, estamos tratando de enfocar en mamás jovencitas y que por ahí son como más de riesgo o ellas están más solas entonces como que otro embarazo sería mucho más complicado, y bueno, ahí como que estamos trabajando juntas [con la obstétrica]

Entrevistadora: ¿Y a quién se le da un implante y a quién no, lo definen entre la obstetra y vos?

Asistente Social: Entre la obstetra, yo y la generalista, con el equipo de la sala en realidad porque hay algunas mamás que por ahí yo no intervení que no tenía la... la obstetra la captó en la consulta de ella y ya por ahí la enfermera ya todos conocían a la familia y ya se resolvió que se lo ponían. Y por ahí las que yo veo por ahí que habría que ponérselo, ‘por favor’, hablo con la obstetra y lo vemos juntas”. Asistente Social – CAPS 1.

En la cita anterior se hace referencia a la necesidad de construir criterios para la definición de qué usuarias van a ser beneficiarias de un implante, ya que no alcanzan para todas. En esa construcción, quienes más peso tienen son las enfermeras porque son quienes hace más tiempo que forman parte del equipo de la sala. Sin embargo, lo interesante es ver cómo se invisibiliza a la usuaria en esa decisión. Por ejemplo, cuando la asistente social se refiere a que “ya se resolvió que se lo ponían”, da a entender que la usuaria no formó parte de la decisión. El proceso de deliberación entre los profesionales sobre la posibilidad o no de la

mujeres de acceder a un implante no culmina en una oferta, sino en una imposición.

Con respecto a los **preservativos**, en el CAPS 2 son entregados por la Farmacia que se encuentra dentro del Centro de Salud. Esto genera un inconveniente ya que la Farmacia tiene horarios fijos. Por lo tanto, al no haber un dispenser de preservativos, las personas están sujetas a estos horarios para acercarse al CAPS a buscarlos.

Cuando le consultamos al médico clínico qué opinaba acerca de que todos los preservativos sean administrados por la Farmacia, respondió que le parecía bien ya que cualquiera podía ir en cualquier momento a buscarlos sin necesidad de tener que pedirlos en el consultorio de PF o a un médico del CAPS.

Sin embargo, frente a esta opinión, nos parece que son más las limitaciones que esto genera que las ventajas, ya que el uso de la Farmacia como único lugar de entrega, al tener un horario fijo, opera a modo de barrera en el acceso a los preservativos para las personas que no pueden acercarse al CAPS en ese horario. Durante el tiempo que se extendió el trabajo de campo (teniendo en cuenta que las entrevistas se realizaron lo más temprano posible para no interferir demasiado con el trabajo de los profesionales) nunca estuvo la Farmacia abierta. Por lo tanto, fue necesario asistir al CAPS en otro horario (de 9 a 15hs), para poder observar la fila de personas que esperan para el retiro de la medicación durante los horarios de atención.

Frente a este aspecto, aparece nuevamente la falta de una reglamentación clara del PNSSPR, ya que en ningún momento se especifica de qué manera debe ser la entrega de los preservativos.

En cambio, en el CAPS 1 se dan diferentes estrategias para la entrega de los mismos.

Por un lado, hay un dispenser de preservativos en la administración, que no se encuentra muy visible ni siquiera para los propios profesionales, ya que uno de los médicos generalistas y una de las enfermeras afirmaron que en el CAPS no hay

dispenser. Aunque el dispenser efectivamente existe ya que pudimos observarlo durante el trabajo de campo (vale remarcar que siempre se encontraba vacío y aunque una de las enfermeras mencionó en el transcurso de la entrevista que debía llenarlo, no lo hizo). Uno de estos profesionales, la enfermera 2 del CAPS, hizo referencia a que la falta de dispenser se debía a que

“la gente se lleva a mansalva [...], es algo que tendría que ser entregado bien”. Enfermera 2 – CAPS 1

Cuando le preguntamos a qué se refería con “ser entregado bien”, nos explicó que en el CAPS las enfermeras confeccionan paquetes de 10 preservativos, para que la gente los pueda pedir y así evitar que el resto de las personas que concurren al CAPS vean lo que se están llevando. A las enfermeras les parecía, en sus propias palabras, un mecanismo para poder llegar a la gente que aún le da vergüenza el uso de los preservativos, y al mismo tiempo evitar que gente que no los fuera a utilizar se los lleve indiscriminadamente.

Sin embargo, un médico generalista criticó esta medida y sostuvo que los preservativos se debían entregar igual ya que la gente debía poder acceder a la cantidad que necesitara sin tener que pedírselos a un profesional.

Por otro lado, algunos profesionales como la asistente social, se refirieron a que tenían preservativos disponibles en sus consultorios por si las personas les pedían.

Se puede observar que en el CAPS 1 hay diferentes opiniones con respecto a la entrega de preservativos: el dispenser, los paquetes que confeccionan las enfermeras y la disponibilidad en algunos consultorios. Como el PNSSPR no especifica en ningún momento cómo debe realizarse esta entrega, las tres son igualmente válidas.

Otro de los MAC que ofrece el PNSSPR es el **DIU**. En ambos CAPS hicieron referencia a la cantidad de DIU colocados en el comienzo del programa y al hecho de que en la actualidad había descendido y se mantenía estable. Esto se debe a que en el momento en que se inicia el programa hay un pico de demanda del método

que luego se estabiliza. Para su uso el único requisito es la realización de una ecografía abdominal o transvaginal para descartar riesgos como su colocación en un útero enfermo. Por lo tanto, ya que ninguno de los CAPS cuenta con ecógrafo, se deriva a las usuarias al CEMA. Luego de su colocación, se requiere un control al mes y luego una ecografía anual durante los 10 años que dura el DIU.

La Ley de Anticoncepción Quirúrgica, sancionada en el 2006, permite el acceso gratuito a **la ligadura tubaria y a la vasectomía**, a toda persona mayor de edad, con el único requisito de que otorgue su consentimiento informado. Sin embargo, sólo uno de los médicos generalistas del CAPS 1 mencionó a la ligadura tubaria como MAC, mientras hacía referencia a la importancia de los cambios de legislación y no al MAC en particular.

(sobre la ligadura tubaria) “antes era por poco había que firmar no se cuantos papeles y era muy difícil acceder a ella, incluso en casos que realmente lo necesitaban”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

A su vez, cabe destacar que en ninguna de las entrevistas apareció siquiera una mínima mención a la vasectomía como forma de anticoncepción. Esta omisión es coherente con el hecho de que son las mujeres quienes hacen mayor uso de estos servicios, así como la invisibilización de los varones en los temas de SSR.

Por último, con respecto a la **anticoncepción de emergencia**, la ginecóloga del CAPS 1 hizo referencia a que representa un MAC, aunque la paciente sepa que se usa por excepción cuando tuvo una relación sexual sin protección para evitar un embarazo. En cambio, la ginecóloga del CAPS 2 afirma que, aunque se utiliza en esas mismas ocasiones, no es un MAC.

“y también tenemos el anticonceptivo hormonal de emergencia que es el que se da ante una relación eh, digamos que no hubo protección, entonces se utiliza. En realidad más que como un método, no es un método anticonceptivo, es como para salir del paso” Ginecóloga – CAPS 2.

Para acceder a la anticoncepción de emergencia, en el CAPS 1 las mujeres deben acercarse a las enfermeras que las derivan con el médico que esté

atendiendo aunque no tengan turno. Esto no resulta problemático ya que no hay un volumen de gente tan alto como en otros Centros de Salud, lo que hace más rápido el acceso.

“también tenemos las pastillas del día después que también fue otra lucha que se generó durante mucho tiempo y tiene que ver con que ahora se puede dar y con que es rápido el acceso”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

En el CAPS 2 las mujeres deben acercarse a los consultorios de PF. Por un lado, esto posibilita una conversación entre el médico y la usuaria donde se analice por qué tuvo una relación sin protección y la necesidad de acceder a un MAC de larga duración. Pero por otro lado, genera una barrera en el acceso a este método para las mujeres que no pueden concurrir al CAPS en esos horarios.

En síntesis, con respecto a todos los MAC hemos podido observar las diferencias que se presentan en cada uno de los CAPS al momento de realizar las entregas de MAC hormonales y preservativos. Además, se puede ver no sólo una presencia mucho más activa de las mujeres que de los varones, sino que estos están casi invisibilizados. En pocas ocasiones los varones acompañan a las mujeres en sus visitas al CAPS sobre temas relacionados con la SSR.

4) Embarazos no planificados

Otro tema sobre el que se indagó en las entrevistas fue el de los embarazos no planificados. Se les preguntó a los trabajadores de ambos CAPS si las mujeres que asistían al Centro de Salud habían buscado el embarazo que estaban transitando. Frente a eso, las opiniones hicieron referencia a que muchas mujeres, sobre todo las adolescentes, no habían buscado quedar embarazadas, pero que tampoco habían utilizado un MAC. Por ende, la reflexión que surge desde los mismos profesionales, como se verá en las próximas citas, es pensar la maternidad desde un lugar de pertenencia. Es decir, interpretan que estas mujeres se insertan en la sociedad desde un lugar de madres y que, aunque no buscaron quedar embarazadas, tampoco actuaron para evitarlo.

“la mayoría de las pendejas que caen embarazadas no se lo plantean como un embarazo no deseado. No fue buscado, pero tampoco te lo van a plantear [...]. Como que no toman verdadera conciencia de que no fue un hijo buscado o planeado. Pero tampoco no deseado. Tampoco hay una verdadera conciencia de ‘Uh que cagada, tengo 15 años y estoy embarazada, que cagada’”. Médico clínico – CAPS 2.

“Cuando vos les preguntás si quieren tener un hijo te dicen que no, porque por ahí tienen un hijo de 10 meses. Pero cuando les preguntás con que método se están cuidando te dicen con ninguno. Entonces les explicás, les volvés a explicar, le recontra explicás que si no se cuidan y mantienen relaciones sexuales van a quedar embarazadas de nuevo. Y a veces uno no sabe si te están diciendo que no se cuidan porque piensan que no van a quedar embarazadas o porque inconscientemente están esperando quedarse embarazadas”. Ginecóloga – CAPS 1.

“muchas mujeres lo usan como la pertenencia. Tener un hijo o embarazarse [...]. Tener un hijo porque voy a tener algo que es mío”. Enfermera 1 – CAPS 1.

Las preguntas sobre embarazos no planificados llevan a los trabajadores a referirse de manera reiterada a las mujeres más jóvenes. En sus expresiones surge la idea de la maternidad como una forma de identidad de las mujeres en edad temprana, donde no hay una planificación sino un devenir. Y en este sentido, aparece la noción de propiedad (“tener un hijo”) ligada a la construcción de la identidad como mujer y como madre.

Por otro lado, no se existe una autocrítica por parte de los profesionales sobre sus propias prácticas. Es decir, siempre se hace hincapié en que la falla está en las conductas de la mujer. Por lo tanto, se individualiza la responsabilidad sobre la salud en cada una de las personas. Esto se puede ver claramente cuando la ginecóloga del CAPS 1 les “recontra explica” a las mujeres cómo hacer para evitar un embarazo no deseado, pero así y todo quedan embarazadas. Frente a eso, la ginecóloga hace referencia a que inconscientemente están queriendo quedar embarazadas, en vez de cuestionar las barreras que el sistema tiene para el acceso, como por ejemplo, la discontinuidad en el suministro de MAC. No aparece esa autocrítica, sino que deposita la responsabilidad de ese embarazo en un deseo inconsciente de las mujeres.

Con el objetivo de profundizar sobre este tema, se les consultó a los trabajadores si, frente a casos de embarazos no planificados, las mujeres les pedían ayuda a los médicos para interrumpirlos. Es decir, si hablaban con ellos abiertamente sobre la posibilidad de realizarse un aborto.

En el CAPS 2, todos los profesionales sostuvieron que no les ocurría que las mujeres que llegaban a la consulta quisieran interrumpir el embarazo. En la mayoría de los casos, su tarea era derivar a las mujeres a los controles obstétricos. Por otro lado, al ser un CAPS con guardia 24hs, los casos que recibían en la guardia eran de mujeres embarazadas con hemorragias producto de abortos provocados o de una complicación del embarazo. En esos casos, los derivan al HIGA o al HIEMI en función de la cantidad de semanas de embarazo.

En cambio, en el CAPS 1, al no tener una guardia 24hs, no reciben casos de mujeres con hemorragias ni abortos provocados en curso, pero sí ocurre que

algunas mujeres plantean la posibilidad de interrumpir el embarazo en la consulta médica. Frente a la pregunta de cómo actuaba cada profesional en esos casos, ofrecieron nuevamente respuestas muy disímiles.

“no es que vienen a buscar ayuda para resolver qué hacer. Sino que digamos cuando ya vienen a la sala, ya resolvieron lo que van a hacer. Generalmente si nos llega es porque resolvieron tener el bebé y vienen para eso”. Asistente Social – CAPS 1.

“y en esos casos uno le tiene que explicar que en Argentina el aborto es ilegal y que lamentablemente en este momento que ella está embarazada no hay nada para hacer, no hay mucho para hacer. Simplemente controlar el embarazo”. Ginecóloga – CAPS 1.

“uno tiene que tratar de buscar el apoyo viste. Y bueno, ´mirá, tenés que tenerlo´. Y toda la charla y la preparación y bueno. Y después deciden, o siguen el embarazo y la seguís viendo, o interrumpen por ahí, fuera de nuestro sistema”. Enfermera 1 – CAPS 1.

“Acá le damos la posibilidad de que nos lo cuenten y en el caso mío [...], es recetar con receta rosa Misoprostol. Indicarles cómo se utiliza y bueno, primero pedirles una ecografía, y después indicarles cómo se utiliza el Misoprostol”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

“Esas chicas que yo te digo son jóvenes, que no saben qué les pasó. No está planificado. Les pasa por encima la realidad. Entonces es una lástima que sigan... pero una vez que vienen a hacerse los controles, siguen. También están las otras, que también son las menos que vienen a plantearte de no continuar. Bueno, se les da el asesoramiento correspondiente [...]. O sea, la orden de la medicación [Misoprostol] la hacemos, con sello y todo. No pasa nada”. Médico generalista 2 – CAPS 1.

En estas citas, se puede observar cómo dentro del mismo CAPS, según quien sea el profesional que atiende a la mujer, la respuesta frente a la situación va a ser distinta. Mientras la ginecóloga y una de las enfermeras plantean que la única

opción posible es continuar con el embarazo (amparadas en la ilegalidad del aborto en Argentina), dentro del mismo CAPS los médicos generalistas recetan Misoprostol para que la mujer pueda decidir interrumpirlo.

Por último, queríamos hacer referencia a que en todo este apartado se puede observar una fuerte subestimación a las mujeres más jóvenes que consultan. Algunos profesionales trabajan con una construcción de las mujeres que acceden al CAPS cargada de prejuicios, por ejemplo, cuando se las trata de “pendejas” o de que “no saben lo que les pasó”. En este sentido, se deposita la responsabilidad de esos embarazos no planificados en la juventud de esas mujeres, en su falta de conciencia o de conocimiento, y no se piensa en una falencia del sistema de salud que debería hacer hincapié en ese grupo etáreo.

5) Infecciones de Transmisión Sexual

En ambos Centros de Salud los profesionales se refirieron a la existencia de pacientes con ITS. Las que se mencionaron con más frecuencia fueron HPV, VIH y Sífilis.

En el CAPS 1 se hizo hincapié en reiteradas ocasiones en el aumento de embarazadas con VIH como la situación más preocupante en relación a las ITS. Allí se controlan aproximadamente 50 embarazos por año, de los cuales 4 o 5 son mujeres embarazadas con VIH (los médicos generalistas aseguraron que años atrás no se veía ninguno).

Por otro lado, en el CAPS 2 la ITS más frecuente es la sífilis, aunque en algunos casos se encuentre asintomática. Los médicos clínicos decidieron realizar el examen en todos los casos ya que sostienen que es una enfermedad que está avanzando en toda la ciudad. Por lo tanto, al ser fundamental que las personas sepan cuando son portadoras, aunque no hayan aparecido síntomas manifiestos de la misma, se la incluyó dentro de los exámenes médicos de rutina (como el VIH).

El único MAC de distribución gratuita que previene las ITS es el preservativo. Por lo tanto, más allá de que los MAC previenen el embarazo, todos los profesionales hacen hincapié en la necesidad de usar siempre, en el caso de las mujeres, el doble método (un MAC hormonal o el DIU y un MAC de barrera).

“Enfermedades de transmisión sexual hay muchas [...]. Claro, porque no se usa preservativo. Yo la primera vez que viene a la consulta una paciente, sobre todo joven porque está iniciando o va a iniciar su vida sexual, siempre se le recomienda el doble método”. Ginecóloga – CAPS 1.

Sin embargo, varios trabajadores mencionan la falta de conciencia sobre las ITS, sus consecuencias y sus formas de contagio. Por lo tanto, con respecto a esta situación, los trabajadores de la salud hacen referencia a la importancia de concientizar sobre el uso del preservativo.

“para mí tiene que ver con esto de la conciencia. De tomar conciencia. Si bien uno conoce y sabe cómo es, está esta cuestión un poco como adolescente de que a mí no me va a tocar, a mí no me va a pasar. O pensar que el otro nunca, que la persona que está con vos ni loco lo tendría, y que todavía está un poco ese fantasma de que no es algo que le pueda pasar a cualquiera. Como que lo tiene medio en el ideario de que es algo que le pasa a pocos”. Asistente Social – CAPS 1.

Varios de los profesionales afirman que desde el inicio del PNSSPR siempre hubo información y se realizaron campañas nacionales sobre la importancia del preservativo. Sin embargo, como éstas estaban enfocadas hacia los adolescentes en su mayoría, fue en esa parte de la población donde se generó más conciencia. Por lo tanto, los médicos clínicos y generalistas, mencionan las diferencias que aparecen según la edad de los pacientes.

“La gente no se cuida, ese es el problema. Y adolescentes hay un poco de todo. Muchos te dicen que se cuidan, pero si vos les preguntás, cuidan me refiero a con preservativo. Ese es un error, porque vos tenés chiquitas, chiquitas digo yo, 15 16 años, que todo bárbaro, que la mamá las lleva con la ginecóloga para que les den el anticonceptivo inyectable pero no usan forro. Sí, no quedan embarazadas pero... ‘listo, ya está, no quedo embarazada’ y por ahí después no usan preservativos. Los chicos, los varones también, por ahí donde vos preguntás, ‘¿pero te cuidás?’ ‘Sí’. ‘¿Siempre?’ ‘Sí, casi’. Hombres grandes ni hablar. Si tengo uno de 40 para arriba, soltero, sin pareja estable, peor que el adolescente. Ni hablar de un cincuentón, no tiene la cultura de usar forro”. Médica Clínica – CAPS 2.

En la cita anterior se pueden subrayar varios aspectos, pero sobre todo nos interesa hacer referencia a las diferencias según la edad de las personas. Por un lado, se remarca el hecho de que la única forma para cuidarse (de las ITS en este caso) es con preservativo. Por lo tanto, cuando las adolescentes sólo se cuidan con los MAC hormonales están dejando de lado este cuidado fundamental. Pero por otro lado, también aparece el hecho de que son los adolescentes quienes tienen la costumbre de usar preservativo (aunque no siempre).

Por ende, más allá de la crítica que se realiza, aparece la idea de que en los adolescentes está la “cultura de usar forro” que se pierde a medida que aumenta la edad de las personas. En este sentido, varios profesionales remarcaron que era más sencillo concientizar a los adolescentes de la necesidad del uso del preservativo en todas las relaciones sexuales que a los hombres adultos de 40 o más años de edad.

“el adulto usa menos el forro. Es un nivel cultural. Por ejemplo, la última sífilis que encontré era un hombre de campo, santiagueño, de campo que trabaja en el campo, que le dio la sífilis positiva. Y bueno, ahí le pregunto. Yo sabía que era soltero, ‘¿y te cuidás?’ ‘Sí, sí.’ ‘¿Siempre?’ ‘Sí, depende la mujer’. Claro, se ve que si es linda, limpita, no se cuida”. Médica Clínica – CAPS 2.

En este testimonio se observa que vuelve a aparecer la idea de la conciencia. Se insiste en el uso del preservativo como forma de prevención de las ITS y de la falta de conciencia de las personas de utilizarlo durante las relaciones sexuales. Sin embargo, los profesionales nunca hacen referencia a los momentos en los cuales el recurso no está disponible. En este sentido, nos preguntábamos si para promover el uso del preservativo, ¿sólo basta con tomar conciencia?

En este punto podemos percibir como entra en tensión la conciencia de las personas acerca del uso del preservativo y la responsabilidad de los profesionales de la salud con respecto al uso y la disponibilidad del recurso. Es decir, no se observa una autocrítica de los profesionales con respecto a los momentos en que no se cuenta con el insumo o los horarios en que la Farmacia está cerrada, sino que depositan toda la responsabilidad en los usuarios.

6) Los trabajadores del CAPS: ¿Qué opinan del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable?

A cada uno de los profesionales entrevistados se les consultó sobre la opinión que tenían acerca del PNSSPR y qué aspectos creían, desde su experiencia cotidiana, que se podrían mejorar o modificar. Consideramos que este eje de nuestro trabajo fue uno de los más interesantes ya que todos los profesionales afirmaron que el programa era excelente y realizaron diversos aportes.

Los entrevistados que trabajan en APS desde antes del 2003, hicieron referencia al impacto que tuvo en la población la sanción de la Ley de SSR. Principalmente en dos aspectos: la distribución gratuita de diversos MAC y el aumento de Campañas Nacionales de prevención y promoción de la Salud Sexual y la Procreación Responsable²⁹. En el mismo sentido, los entrevistados que trabajan en APS hace menos de 12 años, mencionaron que habían escuchado comentarios sobre cómo era la situación en esta materia antes de la sanción de la Ley y que no imaginaban un trabajo de SSR en donde no se distribuyeran MAC de manera gratuita. Por lo tanto, a partir de estas opiniones se puede comprender el cambio paradigmático que resultó en SSR la implementación del PNSSPR.

Más allá de las coincidencias de los trabajadores sobre una visión positiva del programa, la mayoría realizaron aportes sobre las cuestiones que podrían ser mejoradas.

Uno de los aportes más interesantes giró en torno al rol del Estado en la definición e implementación del PNSSPR. Los dos médicos generalistas del CAPS 1 hicieron referencia a la necesidad de reglamentación de algunas cuestiones. Por ejemplo, el médico generalista 1 mencionó en reiteradas oportunidades que la forma de entrega de los MAC no era clara, por lo que cada CAPS se organizaba de formas diferentes, lo que generaba grandes barreras para el acceso de una parte de la población.

²⁹ Estas campañas estuvieron compuestas por materiales gráficos, audiovisuales y radiales. Este material se encuentra disponible de manera gratuita en <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/materiales.php>

“En sí está disponible [el PNSSPR]. Después cómo llevas a cabo esa disponibilidad en cada lugar o qué barrera vas a poner, ahí es donde no hay reglas claras y donde cada lugar vas a ver que tiene distinta forma, o días y horarios”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

“[los preservativos] los tienen que pedir. Y ya pedir es una limitación. No llega. Es en la mayoría de los lugares, te diría que en términos generales, en algunos lugares hay como un dispenser. No sé si la idea de Nación es que sea así, pero no está una norma clara de cómo es la entrega de los preservativos en las Unidades Sanitarias [...]. Para mí eso es número uno, cómo se debe entregar el preservativo. Liberar la entrega del preservativo”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

“que no tuviera que tener ningún tipo de condición la entrega de anticonceptivos. Ni de pap, ni de nada. Eso para mí por Ley”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

En la misma línea, el médico generalista 2 remarcó la necesidad de que exista voluntad política por parte de los gobiernos para que el programa perdure en el tiempo y de esa forma no generar discontinuidad ni superposición entre políticas municipales, provinciales o nacionales.

“el programa lo que tendría que tener es continuidad en el tiempo y eso, acá siempre en el Estado los grandes problemas son las superposición de programas. Se gastan muchos recursos y por ahí hay un programa que es Nacional, y uno mismo que es Provincial y uno que es Municipal, y apunta todo a lo mismo. Cuestiones que sean ya que se instalen, que en la gente sea un empoderamiento de derecho, que el Estado tenga que garantizar la continuidad en el tiempo”. Médico generalista 2 – CAPS 1.

Otros profesionales también hicieron referencia a la necesidad de intervención estatal con respecto a la falta de personal de la salud en los CAPS. Algunos de ellos sostuvieron que era fundamental incorporar trabajadores de algunas especialidades como ginecología, mientras que otros mencionaron que no

se lograba atender a todos los pacientes o se lo hacía muy rápido como consecuencia de esta falta.

“En parte fallaremos nosotros [...]. Hay veces que atiendo rápido a una chica por X motivo y no le pregunto [sobre su MAC habitual]”. Médica Clínica – CAPS 2.

“necesitamos más recursos humanos. Porque la verdad es que por lo menos acá en Mar del Plata, faltan ginecólogos”. Ginecóloga – CAPS 1.

“Por ahí tener más personal. Porque la cantidad de turnos que damos son 10 turnos. Y la verdad que hay mucha gente que se queda afuera”. Ginecóloga – CAPS 2.

Y por último, también aparecieron la falta de insumos médicos y la discontinuidad en la entrega de MAC como problemas de los servicios.

Con respecto a falta de insumos, se pudo ver cómo los profesionales ya están acostumbrados a trabajar con esta falencia, por lo que idearon diferentes estrategias como pedirles a las mujeres que lleven sus propios elementos.

“no tenemos los descartables que querríamos tener pero bueno, nos arreglamos viste. Les decimos que para que sea más higiénico traigan una toalla de mano, pero bueno, para que sea más higiénico para apoyar en la camilla viste, esas cosas. Porque no tenemos descartables para todas las pacientes”. Ginecóloga – CAPS 2.

En relación a los MAC, aunque siempre haya un método para garantizarle a la población, los trabajadores afirman que no es ideal que los pacientes vayan cambiando como consecuencia de la falta de insumos y no por una decisión personal. En ese sentido, sostenían como un aspecto fundamental que se garantice el stock en los CAPS de cada uno de los métodos que ofrece el PNSSPR

“la idea es que no se discontinúe la entrega del anticonceptivo”. Asistente Social – CAPS 1.

“hubo discontinuidad muchas veces de pastillas”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

“hubo algún período en que no había anticonceptivos”. Enfermera 2 – CAPS 1.

Como conclusión, nos parece fundamental remarcar que todos los profesionales hicieron hincapié en la importancia que había tenido la implementación del PNSSPR en los CAPS, aún cuando consideran que se pueden realizar aportes para mejorar algunos aspectos. En este sentido nos parecía fundamental poder analizar cuáles son las barreras que aparecen en el acceso, para modificarlas y poder cumplir con el objetivo principal del PNSSPR: que toda la población pueda acceder al nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable.

CONCLUSIONES

“El Programa lo que tendría que tener es continuidad en el tiempo [...]. Cuestiones que ya se instalen y que en la gente sea un empoderamiento de derechos. Que el Estado tenga que garantizar su continuidad”. Médico Generalista 2 – CAPS 1.

La ejecución de cualquier política pública es un terreno de y en disputa: desde los debates políticos y técnicos previos a la sanción hasta las formas de implementación, ejecución y monitoreo. En este sentido, nos pareció fundamental analizar cómo influye la opinión de los profesionales de la salud en la práctica cotidiana de atención en dos CAPS de la Ciudad de Mar del Plata en relación a la aplicación de los lineamientos de la ley de SSR y del PNSSPR.

La sanción de la Ley de SSR significó un gran avance en el país en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas. Como hemos podido ver en los primeros capítulos, ha sido un largo proceso de marchas y contramarchas (tanto en Argentina como en otros países), pero se ha ido avanzando en la conquista y consolidación de esos derechos.

Sin embargo, no podemos desconocer que aún existen barreras en el acceso a los servicios de SSR. Por esto, es fundamental que tanto desde las Ciencias Sociales como desde las Ciencias Biomédicas, busquemos generar herramientas que nos permitan superar esas limitaciones para garantizar el acceso a un pleno ejercicio de derechos en materia de SSR de toda la población.

La Ley de SSR se encuentra enmarcada en la competencia del Ministerio de Salud de la Nación por lo que fue necesario caracterizar de manera general el sistema de salud público argentino. Luego, esta investigación se focalizó en la centralidad de los profesionales de APS como primer contacto de la población con el sistema de salud pública. Esta definición teórica permitió pensar desde un plano integral el rol de los profesionales de la salud.

Uno de los aspectos que nos interesaba conocer era cómo entendían los trabajadores de la salud a la SSR; lo que vimos es que lo hacen de muy diversas maneras. A pesar de la diversidad de sus expresiones, algunas ideas pueden asociarse. La primera es la noción de prevención que tal vez es de las que aparece con más fuerza. Hablan de prevenir embarazos, pero también ITS o cáncer genitomamario; se habla de la prevención asociada al acto de cuidar. Otros entienden a la SSR como dar información, hacer PF, entregar MAC de forma gratuita o hablar con las usuarias de procreación responsable. De los testimonios también se desprende que dentro de la población vulnerable que asisten los CAPS existe un grupo especialmente en riesgo que lo constituyen las mujeres adolescentes. Por último, también se menciona la idea de que este tipo acciones y servicios sólo pueden ser brindados desde el Estado, opinión que de algún modo se aproxima a una concepción de la salud como un derecho.

Durante la instancia de intentar dar respuesta a los objetivos específicos 1 y 2, en el trabajo de campo hemos podido constatar que están absolutamente interrelacionados, ya que la opinión que tienen los profesionales sobre la atención que se brinda a los usuarios en relación a la SSR influye directamente en los obstáculos y desafíos que reconocen en el acceso.

La atención sobre temas relacionados con SSR no se realiza en los CAPS de manera sistemática. El PNSSPR insta (pero no impone de manera clara) a los CAPS a crear consejerías sobre SSR, generando que en muchos casos no ocurra. En ninguno de los dos CAPS que observamos para esta investigación funcionaba una consejería sobre SSR. Sólo en el CAPS 2 había una consejería sobre PF, que se ocupaba del seguimiento de las mujeres que recibían un MAC. En ese centro de salud, las mujeres deben iniciar la consulta con el médico clínico, que las deriva a ginecología y de allí pasan a ser atendidas en el consultorio de PF hasta que finalmente retiran el MAC en la Farmacia. Indefectiblemente, el recorrido que deben realizar las mujeres para acceder a un MAC no sólo es largo sino también complejo y genera principalmente dos obstáculos. Por un lado, la cantidad de intermediarios entre las mujeres y el MAC, y por el otro, la falta de turnos y las

dificultades que deben atravesar para conseguirlos. Obstáculos que se imponen entre las mujeres y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

No obstante, en el CAPS 1 no funciona un consultorio específico para atender la SSR, sino que cada uno de los profesionales realiza la tarea a partir de la demanda de las mujeres.

Y en este aspecto, nos parece fundamental concluir que pudimos observar que los profesionales de la salud establecen una relación directa entre la SSR y la entrega gratuita de MAC, especialmente la distribución de MAC hormonales y colocación de DIU; centrando el foco de la SSR en la prevención de los embarazos no deseados. Sólo uno de los profesionales entrevistados vinculó espontáneamente la SSR con la ITS. En el resto de los casos predomina la preocupación por el control de la reproducción.

La distribución gratuita de MAC ha sido uno de los objetivos principales del PNSSPR, y a grandes rasgos, se ha logrado llevar adelante. Sin embargo, han surgido diferentes opiniones al respecto por parte de los trabajadores de los CAPS que, a nuestro criterio, generan diversos tipos de obstáculos. Frente a la falta de claridad del PNSSPR sobre la forma de distribución del MAC, en cada CAPS se organizan de diferentes maneras.

Con respecto a la entrega de MAC hormonales, en el CAPS 1 hemos podido ver que la exigencia de un control ginecológico anual generaba variadas posturas hacia adentro del mismo. Aunque todos los profesionales coinciden en la importancia de la realización de los controles para descartar enfermedades como el Cáncer de Cuello de Útero, algunos consideran que hay que concientizar a las mujeres de la importancia de su realización y otros les exigen a las mujeres que se lo realicen para poder acceder a los MAC hormonales. En ese aspecto, aunque el objetivo de los profesionales siempre es que las mujeres se realicen los controles, aparece una clara diferencia de procedimiento: la concientización y la imposición.

La entrega gratuita del preservativo adquiere numerosas formas de distribución que están basadas en las opiniones de los profesionales. Por lo tanto,

el hecho de que cada CAPS defina la manera en que se distribuyen, ya sea en un sobre, un dispenser, en la visita al consultorio o en la Farmacia, revela la forma en que estos profesionales conciben a la anticoncepción. Algo similar ocurre con la entrega de la MAC de emergencia. En uno de los CAPS las mujeres deben acercarse al consultorio de PF para conseguirlo. Por un lado, se genera la posibilidad del profesional de conversar con la usuaria sobre MAC, lo que es positivo en tanto se puede evaluar por qué es necesario utilizarlo y cambiar o corregir el uso del MAC habitual. Pero por otro lado, esta alternativa debe ser usada lo más pronto posible luego de tener una relación sexual sin protección, por lo cual, tener que esperar a la consulta genera demoras.

A su vez, también hemos podido ver cómo los trabajadores de la salud depositan siempre en la mujer la responsabilidad de estar transitando un embarazo. No aparece una autocrítica sobre su rol como profesionales, o una crítica a la falla o falta del MAC. Esto se pudo observar cuando aparecía una referencia a la causa del embarazo no planificado como que “no se cuidó” o no fue “consciente”. Lo mismo ocurre con respecto a la opinión de los profesionales haciendo hincapié en la “inconsciencia” de quienes no utilizan preservativo como método para evitar el contagio de ITS.

Sin embargo, ¿qué ocurre cuando el recurso no se encuentra disponible? ¿Si no hay MAC hormonales disponibles en el CAPS? ¿Si la Farmacia está cerrada para conseguir un preservativo? Aún con estas barreras que se imponen desde los CAPS, para los profesionales, la responsabilidad recae siempre en los usuarios.

No existe una reflexión mayoritaria sobre la práctica profesional, ni una voluntad institucional por establecer criterios comunes para los CAPS acerca de la implementación del PNSSPR, generando desventajas y límites en el acceso a la SSR.

Los profesionales hicieron referencia a los cambios positivos que generó el Programa en cada uno de los CAPS, aunque creían que había cosas por mejorar: a) la superposición de programas para el área y la voluntad política sobre la continuidad de los mismos; b) el déficit estructural en el sistema sanitario de

recursos humanos e insumos y c) la discontinuidad de los insumos específicos (MAC).

Los criterios discrecionales de los trabajadores de la salud generan accesos diferenciales a los MAC y centran la preocupación en las estrategias de distribución de métodos y no en políticas del cuidado de la salud. Nuestra hipótesis es que este escenario podría modificarse a partir de una reglamentación específica del PNSSPR sobre la distribución del MAC, que discuta la exigencia de estudios previos; la asistencia a la consulta para recibir preservativos; el diseño de una estructura de distribución de acceso universal, y la divulgación de información clara, científica y precisa sobre los MAC que respete las decisiones de los usuarios centradas en una política del cuidado de la salud.

Ramos y otros (2001) plantean que la influencia que tienen los profesionales de la salud establece una relación asimétrica de poder con los usuarios, operando como mediadores entre las decisiones de los usuarios con respecto a la SSR y las políticas públicas propuestas por el Estado en la materia. En esta acción de mediación las opiniones juegan un rol fundamental.

A partir de los resultados arrojados por nuestra investigación, entendemos la necesidad de recoger y abordar esta discusión teórica para futuros análisis tanto de programas como de leyes, pero también para discusiones previas al momento de pensar un marco normativo. Abordar este análisis y estas discusiones desde una perspectiva interdisciplinaria, quizás allane el camino para garantizar de manera más integral el acceso a los derechos humanos universales y la construcción de sujetos de derecho.

GLOSARIO

APS	Atención Primaria de la Salud
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAC	Métodos Anticonceptivos
PAP	Papanicolaou
PF	Planificación Familiar
PNSSPR	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
SSR	Salud Sexual y Reproductiva

BIBLIOGRAFÍA

Amorós, C. (1985) *Hacia una Crítica de la Razón Patriarcal*. Anthropos Editorial del Hombre, Madrid.

Arce, H. (2010) *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va. Qué pasó en el mundo, en el país y en los hospitales durante el siglo XX. Por qué estamos como estamos*. Prometeo libros. Buenos Aires, Argentina.

Aronna A. y otros (2007) *Estudio evaluativo de las intervenciones en salud sexual y reproductiva realizadas en el marco del Programa de Salud Integral de la Mujer*. Ponencia presentada en las VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, IIGG.

Barrancos, D. (1991) *Contraconcepcionalidad y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública*. En *Estudios Sociales*. Num 1, 2do semestre. Buenos Aires.

Barrancos, D. (2002) *Iniciativas y debates en materia de reproducción durante el primer peronismo (1946-1952)*. SEPOSAL, Salta. Versión mimeo.

Bellucci, M. (2014) *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Capital Intelectual. Buenos Aires, Argentina.

Brown, J. L. (2006) *De cuento lo privado se hace público, o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza*. En Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia*. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

Brown, J. L. (2014) *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales*. Teseo. Buenos Aires, Argentina.

Cappuccio, M. Nirenberg, O. y Moscovich, L. (2006) *El equipo de salud ante la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable*. En Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia*. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

Chaneton, J. y Vacarezza, N. (2011) *La intemperie y lo intempestivo: Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires, Argentina. Marea Editorial.

Checa, S. (2006) *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.

Chiarotti, S. (2006) El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación de Argentina. En Checa S. (comp.) Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad (pp 91-110). Buenos Aires: Paidós.

Cepeda, A. (2008) Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006). En Prácticas del oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales. Núm 2. UNGS-IDES, Argentina.

Cuberli, M. (2012) Trabajo en dispositivos asistenciales y preventivos: la construcción social del sida. En Revista Trabajo y Sociedad. Núm 19. Santiago del Estero, Argentina.

D'Angelo Gallino, V. (2006) La política de salud sexual y reproductiva en la provincia de Entre Ríos. En Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

Daverio, A. (2006) El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales. EL caso del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" y su área programática. En Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

De Barbieri, T. (2000) Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos. En Revista Mexicana de Sociología, vol 62, núm 1. Universidad Nacional Autónoma de México.

Di Leo, P. F. (2009) Tensiones en torno a la educación sexual en las escuelas medias: reflexiones desde el campo de la promoción de la salud. Revista Crítica Social. Núm 11. Buenos Aires, Argentina.

Dominguez Mon, A. Federerico, A. Findling, L. Mendez Diz, A. (comps.) (2000) La salud en crisis: una mirada desde las Ciencias Sociales. Dunken. Buenos Aires, Argentina.

Duarte Osis, M. J. (2007) Mesa redonda. Intersección entre las ciencias biomédicas y sociales. Panelistas: Ramos, S., Duarte Osis, M. J. y Trostle, J. En López E. y Pantelides, E. A. (comps.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA. Buenos Aires, Argentina.

Fabbri, L. (2013) Apuntes sobre feminismos y construcción de poder popular. Puño y letra. Rosario, Argentina.

Faundés A. y Barcelatto, J. (2005) El drama del aborto. En busca de un consenso. Tercer Mundo. Bogotá, Colombia.

Fausto-Sterling, A. (2000) *Cuerpos sexuados: la política del género y la construcción de la sexualidad*. Editorial Melusina. Barcelona, España.

Felitti, K. (2007) El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX. En *Dynamis*, vol 27. Buenos Aires.

Felitti, K. (2008) Natalidad, soberanía y desarrollo: las medidas restrictivas a la planificación familiar en el tercer gobierno peronista (Argentina, 1973-1976). En *Estudios Feministas*, Florianópolis. Maio-agosto.

Foucault, M. (1977) *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina.

Gianni, M. C. y Zamberlin, N. (2011) Experiencias, opiniones y prácticas acerca de la ligadura de trompas: un estudio exploratorio en el Servicio de Obstetricia de un Hospital General de Agudos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En Gedelstein, R. y Schufer, M. (editoras) *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Giroux, S. y Tremblay, G. (2004) La observación. Más allá de las apariencias. En *Metodología de las Ciencias Humanas*. Fondo de Cultura Económica. DF, México.

Gogna, M. Pantelides, E. A. y Ramos, S. (1997) *Las enfermedades de transmisión sexual: Género, salud y sexualidad*. Cuadernos del CENEP. Buenos Aires, Argentina.

Gogna, M. (coord.) (2005) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES-UNICEF. Buenos Aires, Argentina.

Gogna, M. (2011) Género y profesión médica. Reflexiones a propósito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. En Gedelstein, R. y Schufer, M. (editoras) *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Gómez Rojas, G. y De Sena, A. (comps.) (2013) *En clave metodológica. Reflexiones y prácticas de la investigación social*. Ediciones cooperativas. Buenos Aires, Argentina.

Gutiérrez, M. A. (2010) *Autonomía y libertad: acerca del aborto y sus implicancias en el cuerpo de las mujeres*. Ponencia presentada en las Jornadas Diásporas, Diversidades, Deslocamientos. Brasil.

Cáceres, C. F., Careaga, G., Frasca, T. y Pecheny, M. (comps) (2006) *Sexualidad, estigma y derechos humanos: Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Hasicic, C. (2013) Diez años después. Alcances y limitaciones del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el Municipio de la ciudad de La Plata desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Klein, L. (2013) Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto. Booket. Buenos Aires, Argentina.

Kornblit, A. Camarotti, A. C. y Wald, G. (comps) (2012) Salud, sociedad y derechos. Teseo. Buenos Aires, Argentina.

Laqueur, T. (1990) La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ediciones Cátedra. Madrid, España.

Ledesma Prieto, N. F. (2013) Los médicos anarquistas y el control de la natalidad. Análisis de las continuidades e inflexiones discursivas. España - Argentina (1930-1940). En III^o Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos: "Feminismos del siglo XX: desde Cecilia Grierson hasta los debates actuales". Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Ledesma Prieto, N. F. (2014) Deconstruyendo el binomio mujer-madre. Un análisis de las conceptualizaciones de la maternidad en el campo médico. Argentina (1930-1940). En X Jornadas de Investigadores del Departamento de Historia. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

Lerner, G. (1990) La creación del patriarcado. Editorial Crítica. Barcelona, España.

Llovet, J. J. y Ramos, S. (1995) Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas. En Hardy, E., Duarte Osis, M. J. y Rodrigues Crespo, E. (editores) Ciencias sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latino-americanas. CEMICAMP. Campinas, Brasil.

López, E. y Pantelides, E. A. (comps.) (2007) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA. Buenos Aires, Argentina.

López, E. y Findling, L. (1998) La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo? En Avances en la Investigación en Salud Reproductiva y Sexualidad. AEPA, CEDES, CENEP. Buenos Aires, Argentina.

López, E. (2000) Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires. En Pantelides E. A. y Bott, S. (comps.) Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina. Biblios y Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

López, E. y Mario (2009) La fecundidad en la Argentina: 1996-2006: convergencias y divergencias. En Población. Año 2, núm 4. Dirección Nacional de Población, Secretaría del Interior. Buenos Aires, Argentina.

Mario, S. y Pantelides, E. A. (2009) Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina. Notas del Población N° 87. CEPAL.

Mautone, M y Rodriguez Almada, H. (2013) Objeción de conciencia en el ámbito de la salud. Revista Médica Uruguaya. Vol 29, núm 1. Montevideo, Uruguay.

Meo, A. y Navarro, A. (2009) La voz de los otros. El uso de la entrevista en la investigación social. Omicron. Buenos Aires, Argentina.

Millet, K. (1975) Política Sexual. Ed. Aguilar, México.

Ministerio de Salud de Argentina (2011) Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Programa Nacional de salud Sexual y Procreación Responsable. Balance 2003-2011. Disponible en <http://www.msal.gov.ar>.

Morales, M. G. y Querro, R. (2008) Los profesionales de la salud y el aborto. Informe final de investigación de Becas Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Ministerio de la Salud de la Nación. Córdoba, Argentina.

Morrone, B. (2007) Los recursos en la salud en la Argentina: el caso de los enfermeros. Revista paraguaya de Enfermería. Año 2, núm 2. Asunción de Paraguay.

Morrone, B. (2004) El lado oscuro de las nueve lunas: una visión crítica a la cultura de sumisión y silencio en escenarios de atención obstétrica. Editorial de la UNMDP. Mar del Plata, Argentina.

Morrone, B. (2008) Dando luz al lado oscuro de las nueve lunas. El contradictorio caso de las mujeres argentinas: poderosas para la ley, sin derechos en escenarios sanitarios. Ediciones Suárez. Mar del Plata, Argentina.

Muñoz, M. A. (2010) Sísifo en Argentina: orden, conflicto y sujetos políticos. Editorial Plaza y Valdes. DF, México.

Organización Mundial de la Salud (2012) Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda Edición. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

Ortiz, Z. y otros (2011) Lineamientos metodológicos para la recopilación y análisis de los marcos normativos: hacia la garantía de las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

Oxman, C. (1998) La entrevista de investigación en Ciencias Sociales. EUDEBA. Buenos Aires, Argentina.

Pantelides, E. A. (1983) La transición demográfica en Argentina: un modelo no ortodoxo. En *Desarrollo Económico*. Vol 22, num 88. IDES, Buenos Aires, Argentina.

Pantelides, E. A. (1984) The decline of fertility in Argentina, 1869-1947 (Tesis Doctoral). The University of Texas ay Austin. EEUU.

Pantelides, E. A. (1986) Notas respecto a la posible influencia de la inmigración europea sobre la fecundidad argentina. En *Estudios Migratorios Latinoamericanos*. Disponible en <http://cemla.com/publicaciones/>

Pantelides, E. A. (1988) La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo. Cuadernos de la CENEP. Buenos Aires, Argentina.

Pantelides, E. A. (1989) La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX. Cuadernos de la CENEP. Buenos Aires, Argentina.

Pantelides, E. A. y Bott, S. (edit.) (2000) Reproducción, salud y sexualidad en América Latina. Buenos Aires: Editorial Biblos y Organización Mundial de la Salud.

Pantelides, E. A. y Cerrutti, M. S. (1992) Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia. Cuadernos del CENEP. Buenos Aires, Argentina.

Pantelides, E. A. Geldstein, R. N. y Infesta Dominguez, G. (1995) Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia. Cuadernos del CENEP. Buenos Aires, Argentina.

Pateman, C. (1995) El contrato sexual. Ed. Anthropos. Madrid.

Puleo, A. (1994) El feminismo radical de los setenta: Kate Millet. En Amorós, C. (coord.) *Historia de la Teoría Feminista*. Universidad Complutense de Madrid. Dirección de la Mujer, Madrid.

Pecheny, M. (2005) "Yo no soy progre, soy peronista": ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre el aborto? Lima: UPCH. Disponible en www.ciudadaníasexual.org

Pecheny, M (2012) Los obstáculos a la salud sexual y a la procreación responsable: la ley como obstáculo o como habilitación. *Salud reproductiva y derecho a decidir. Experiencias sobre ligadura de trompas en la Provincia de Buenos Aires*. CICCUS. Buenos Aires, Argentina.

Pecheny, M. Andía, A. M. y Brown, J. (2012) ¿A la cárcel o al sistema de salud? Las opiniones sobre despenalización y legalización del aborto en la Argentina. *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad*. Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Pecheny, M. y otros (2008) Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina. Libros del Zorzal. Buenos Aires, Argentina.

Pecheny, M. (2000) La investigación sobre Sida y HSH en América Latina y el Caribe: políticas públicas y derechos humanos. Preparado para el XXII Congreso Internacional de la Latin American Studies Association, Hyatt Regency Miami. Disponible en <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/Pecheny.PDF>

Peña Borrego, M. y otros (2005) Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Revista Cubana de Enfermería. Vol 21, núm 1, La Habana, Cuba.

Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) (2006) La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

Petracci, M. Ramos, S. y Szulik, D. (2006) Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires: monitoreo técnico y político. En Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

Petracci, M. y Pecheny, M. (2010) Panorama de derechos sexuales y reproductivos. IIGG Instituto de Investigaciones Gino Germani. Argentina.

Petracci, M. y Pecheny, M. (2009) Panorama de derechos sexuales y reproductivos. En Argumentos, Revista de crítica social. Num 11. CLACSO.

Pozzio, M. (2011) Madres, mujeres y amantes: usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de políticas de salud. Editorial Antropofagia. Buenos Aires, Argentina.

Ramón Michel A. y otros (2013) Lineamientos metodológicos para la recopilación y análisis de los marcos normativos: hacia la garantía de las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

Ramos, S. Gogna, M. Petracci, M. Romero, M. Szulik, D (2001) Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica? CEDES, Buenos Aires, Argentina.

Ramos, S. (2007) Mesa redonda. Intersección entre las ciencias biomédicas y sociales. Panelistas: Ramos, S., Duarte Osis, M. J. y Trostle, J. En López E. y Pantelides, E. A. (comps) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. CEDES, CENEP, AEPa, UNFPA. Buenos Aires, Argentina.

Recorder, M. L. (2011) Médicos, pacientes y consultorios. Un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH/SIDA. En Revista Runa. Vol 32, núm 1. Buenos Aires, Argentina.

Rubin, G. (1989) Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Vance, C. (comp.) Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina. Editorial Revolución. Madrid, España.

Sautú, R. (2009) La construcción del marco teórico en la investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina.

Sautú, R. (2003) Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación. Luniére. Buenos Aires, Argentina.

Schufer, M. Martellini, P. y Moscovich, L. (2006) Los pediatras y la ley de salud reproductiva. En Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia. CEDES. Buenos Aires, Argentina.

Schuster, G. y García Jurado, M. (2006) Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva. En Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia. UNFRA y CEDES. Argentina.

Schwarz, P. (2009) La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. Revista Crítica Social. Núm 11. Buenos Aires, Argentina.

Scott, J. (1994) Deconstruir igualdad versus diferencia: usos de la teoría postestructuralista para el feminismo. En Feminaria, año 7 num 13.

Scott, J. (1994) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En VVAA Historia y género: las mujeres en Europa Moderna y contemporánea. Alfons el Magnanim Editorial.

Sojo, A. (1988) Mujer y política. Ensayo sobre el feminismo y el sujeto popular. Departamento Ecuménico de Investigaciones. San José de Costa Rica.

Testa, M. (2006) Pensar en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Torrado, S. (1993) Procreación en la Argentina: hechos e ideas. Centro de estudios de la mujer. Buenos Aires, Argentina.

Torrado, S. (2003) Historia de la familia en la Argentina moderna. Ediciones de la Flor. Buenos Aires, Argentina.

Trostle, J. (2007) Mesa redonda. Intersección entre las ciencias biomédicas y sociales. Panelistas: Ramos, S., Duarte Osis, M. J. y Trostle, J. En López E. y

Pantelides, E. A. (comps.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA. Buenos Aires, Argentina.

Valles, M. (2000) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis. Madrid, España.

Vázquez, S., Guitiérrez M. A., Calandra, N. y Berner, E. (2006) El aborto en la adolescencia. Investigaciones sobre el uso del misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes. En Checa S. (comp.) Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad (pp 277-297). Buenos Aires: Paidós.

Vidal, V. A. (2007) La emergencia de las problemáticas referentes a la sexualidad y la salud reproductiva en el trabajo sobre Representaciones sociales de las crisis en la adolescencia. Ponencia presentada en las VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, IIGG.

Wainerman, C. y Binstock, G. (1993) Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería. UNICEF-CENEP. Buenos Aires, Argentina.

Weller, S. (2007) Atención de la salud reproductiva en personas que viven con VIH/sida: un diagnóstico de la respuesta del sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires. En López E. y Pantelides, E. A. (comps.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA. Buenos Aires, Argentina.

Zaldúa, G. Pawlowicz, M. P. Longo, R. y Moschella, R. (2010) Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres de CABA: Obstáculos y resistencias. En Revista Anuario de Investigaciones. Vol 17. Buenos Aires, Argentina.

Zamberlin, N. (2007) El aborto en Argentina. En Hojas Informativas. Num 3, Junio 2007. Disponible en www.despenalizacion.org.ar.

Zurbriggen, R. y Anzorena, C. (comps.) (2013) El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible. Herramienta. Buenos Aires, Argentina.

Anexos:

Cuadro 1:

Consultas efectuadas en CAPS y Postas Sanitarias - Sector Municipal - Año 2013

SERVICIOS - 2013	Centros	Subcentros	U.Sanitarias	Postas	Otros 1	Total
Carnet de Conductor	76.716	0	0	0	0	76.716
Clinica Médica	46.494	35.204	33.424	0	0	115.122
Endocrinología	3.662	374	19	0	0	4.055
Enfermería	87.788	181.244	435.399	4.987	12.205	721.623
Ginecología	6.006	5.233	9.472	0	5	20.716
Medicina General	247	10.653	67.094	1.370	0	79.364
Neurología	2.008	0	0	0	0	2.008
Odontología	17.279	9.378	14.025	0	1.302	41.984
Oftalmología	13.059	0	0	0	3.157	16.216
Patología Cervical	2.191	1.624	4.697	22	120	8.654
Pediatría	10.719	20.471	35.193	0	4.647	71.030
Salud Mental	12.451	8.105	14.169	222	0	34.947
Otros Servicios 2	45.724	14.417	28.126	207	8.289	96.763
TOTAL	324.344	286.703	641.618	6.808	29.725	1.289.198

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Secretaría de Salud - Área de Epidemiología - MGP

Nota:

Servicios: Informes de consultas efectuadas en los Centros de salud municipal.

Otros¹: incluye el Programa Acercar, Salud Escolar, SEMDA, Salud Rural y Corredor Saludable.

Clinica Médica: Incluye clínica médica y guardia clínica médica

Enfermería: Incluye enfermería y guardia enfermería.

Endocrinología: Incluye endocrinología y endocrinología pediátrica.

Medicina General: Incluye medicina general y guardia medicina general.

Oftalmología: Incluye oftalmología y oftalmología pediátrica.

Pediatría: Incluye pediatría y guardia pediátrica.

Salud Mental: psicología, psicopedagogía y psiquiatría.

Cuadro 2:

Consultas efectuadas en CAPS y Postas Sanitarias - Sector Municipal - Evolución Año 2006 - 2013

Servicios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Carnet de Conductor	47.343	46.329	51.733	53.165	58.113	67.115	72.639	76.716
Clinica Médica	69.846	68.608	66.663	88.867	88.133	86.603	104.446	115.122
Endocrinología	2.422	2.553	2.595	2.716	2.002	1.881	3.568	4.055
Ginecología	18.730	16.757	19.356	15.627	18.300	16.470	17.985	20.716
Medicina General	55.746	55.321	56.522	68.255	68.137	73.354	77.298	79.364
Neurología	1.390	697	969	1.196	1.168	991	1.469	2.008
Odontología	42.714	32.209	39.439	35.580	27.485	39.002	44.109	41.984
Oftalmología	11.801	9.022	8.670	10.647	15.221	18.500	13.493	16.216
Patología Cervical	8.536	7.033	7.739	7.071	6.658	7.871	7.654	8.654
Pediatría	90.825	85.670	82.327	83.563	91.912	90.919	77.839	71.030
Salud Mental	27.593	20.840	24.335	20.664	30.965	34.409	33.990	34.947
Otros Servicios 2	599.447	608.627	606.946	538.197	532.413	543.766	653.632	818.386
Total	980.279	958.982	972.726	931.624	946.598	980.881	1.108.122	1.289.198

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Secretaría de Salud - Área de Epidemiología - MGP

Cuadro 3:

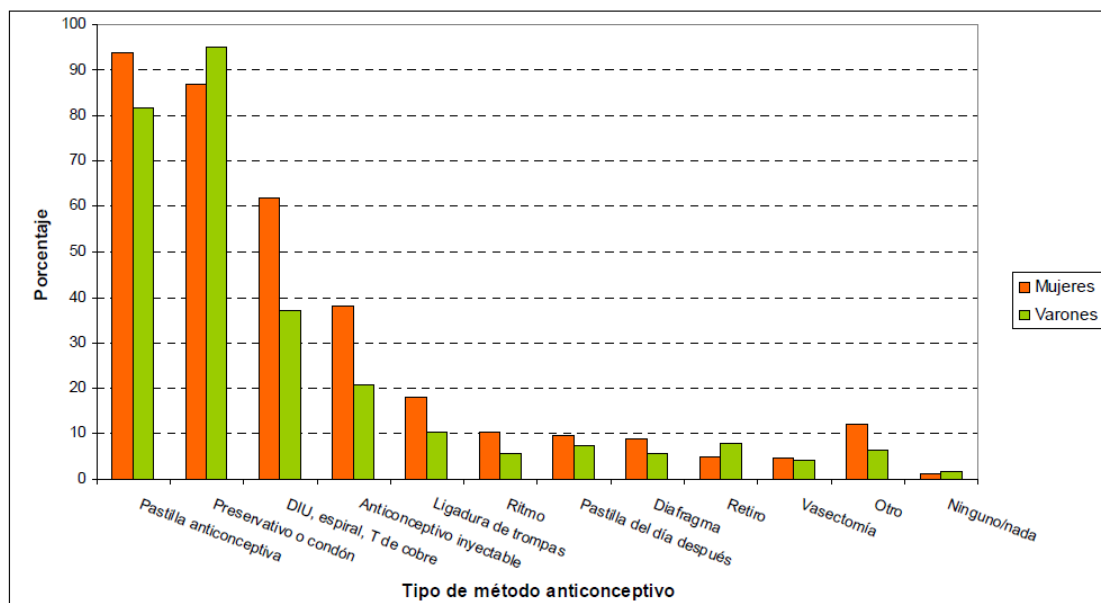
Programas para la salud: Sector Municipal - Año 2013

PROGRAMAS - 2013	Centros	Subcentros	U.Sanitarias	Postas Sanit.	Otros 1	Total
Control del Lactante	5.295	13.654	32.195	0	0	51.144
Control de la Embarazada	2.981	4.420	8.342	0	0	15.743
Detección precoz Cáncer Ginec.	3.675	2.304	7.227	71	185	13.462
Progr. Desarrollo Infantil	1.151	4.683	7.539	0	0	13.373
Progr. Prev. Cardiovascular	0	0	97	0	0	97
Total	13.102	25.061	55.400	71	185	93.819

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Secretaría de Salud - Área de Epidemiología - MGP

Cuadro 4:

Conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres de 14 a 49 años y varones de 14 a 59 años, por sexo. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013



Fuente: ENSSyR-2013.

Cuadro 5:

Conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres de 14 a 49 años, por región. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Mujeres de 14 a 49 años	Conocimiento de métodos anticonceptivos											
	Pastilla anticonceptiva	Preservativo o condón	DIU, espiral, T de cobre	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Pastilla del día después o anticoncepción de emergencia	Diafragma	Retiro	Vasectomía	Otro	Ninguno/nada
Total del país	93,9	86,9	61,8	38,0	17,9	10,3	9,7	8,8	5,0	4,5	12,1	1,3
Región												
GBA	93,6	90,0	72,2	27,1	12,7	9,5	7,6	11,2	5,2	1,8	10,8	1,6
Pampeana	96,1	88,7	56,6	37,3	22,1	11,6	12,0	8,6	5,6	6,8	15,0	0,8
Noroeste	89,0	75,8	53,5	57,2	19,0	11,4	11,2	3,7	5,1	4,5	9,8	1,6
Noreste	93,0	81,9	44,9	44,3	13,1	6,4	5,2	5,4	2,7	1,7	5,9	2,2
Cuyo	93,2	87,1	62,6	43,4	20,4	14,0	11,1	11,3	5,5	7,0	16,4	1,0
Patagónica	95,9	89,3	73,3	50,2	28,3	7,0	11,5	9,5	3,6	9,9	12,5	0,2

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 6:

Conocimiento de métodos anticonceptivos en varones de 14 a 59 años, por región. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Varones de 14 a 59 años	Conocimiento de métodos anticonceptivos											
	Preservativo o condón	Pastilla anticonceptiva	DIU, espiral, T de cobre	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Retiro	Pastilla del día después o anticoncepción de emergencia	Ritmo	Diafragma	Vasectomía	Otro	Ninguno/nada
Total del país	95,1	81,7	37,3	20,8	10,2	7,8	7,3	5,7	5,7	4,3	6,5	1,7
GBA	96,9	76,3	46,6	9,7	7,4	5,8	5,4	3,8	6,5	1,8	5,7	1,2
Pampeana	96,3	90,9	35,7	25,0	12,2	11,2	8,2	6,3	6,6	5,5	7,4	0,3
Noroeste	91,7	75,8	27,4	33,6	13,1	7,9	9,6	8,5	4,5	6,1	8,2	0,4
Noreste	90,1	73,0	19,6	24,1	6,9	6,5	7,8	4,7	2,7	2,8	2,8	5,2
Cuyo	94,1	79,5	36,3	23,8	9,5	5,9	5,7	10,5	4,6	6,3	9,4	1,2
Patagónica	94,6	86,0	42,9	24,3	14,2	3,2	8,8	4,2	3,5	8,9	4,1	1,7

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 7:

Media y mediana de edad (en años) de la primera relación sexual en mujeres de 14 a 49 años que han tenido su primera relación sexual, por región y grupo de edad. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Mujeres de 14 a 49 años	Edad de la primera relación sexual	
	Media	Mediana
Total del país	17,3	17
Región		
GBA	17,3	17
Pampeana	17,1	17
Noroeste	17,5	17
Noreste	16,9	17
Cuyo	17,9	18
Patagónica	17,2	17
Grupo de edad		
14 a 19 años	15,5	15
20 a 29 años	17,1	17
30 a 39 años	17,6	17
40 a 49 años	17,9	18

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 8:

i. Media y mediana de edad (en años) de la primera relación sexual en varones de 14 a 59 años que han tenido su primera relación sexual, por región y grupo de edad. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Varones de 14 a 59 años	Edad de la primera relación sexual	
	Media	Mediana
Total del país	16,0	16
Región		
GBA	16,1	16
Pampeana	16,0	16
Noroeste	16,1	16
Noreste	15,9	16
Cuyo	16,5	16
Patagónica	16,2	16
Grupo de edad		
14 a 19 años	14,9	15
20 a 29 años	15,9	16
30 a 39 años	16,3	16
40 a 49 años	16,1	16
50 a 59 años	16,5	16

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 9:

. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en mujeres de 14 a 49 años, por región y grupo de edad. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Mujeres de 14 a 49 años	Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual			
	Total	Sí	No	Ns/Nc
Total del país	100	68,4	31,6	--
Región				
GBA	100	74,8	25,2	--
Pampeana	100	72,4	27,5	0,1
Noroeste	100	49,0	51,0	--
Noreste	100	62,9	37,1	--
Cuyo	100	61,1	38,9	--
Patagónica	100	61,3	38,7	--
Grupo de edad				
14 a 19 años	100	90,4	9,6	--
20 a 29 años	100	82,4	17,5	0,1
30 a 39 años	100	65,7	34,3	--
40 a 49 años	100	49,1	50,9	--

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 10:

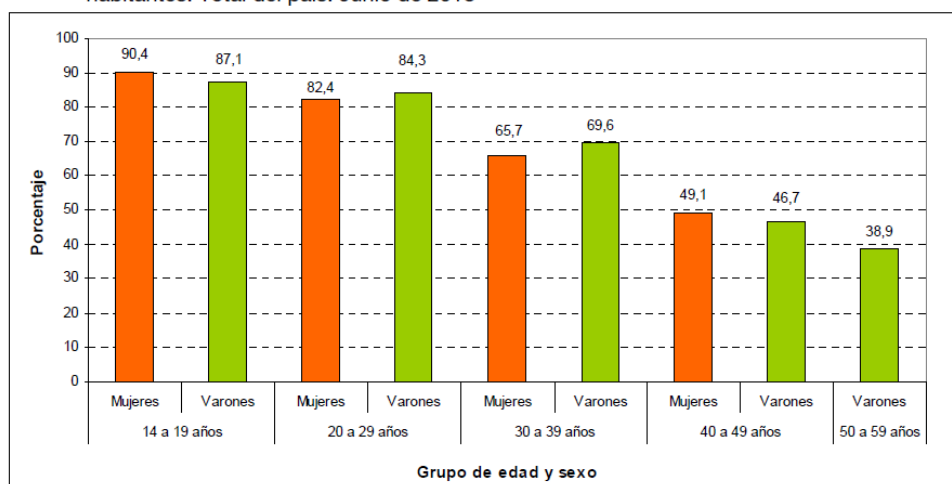
Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en varones de 14 a 59 años, por región y grupo de edad. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Varones de 14 a 59 años	Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual		
	Total	Sí	No
Total del país	100	65,2	34,8
Región			
GBA	100	68,3	31,7
Pampeana	100	70,0	30,0
Noroeste	100	52,1	47,9
Noreste	100	61,7	38,3
Cuyo	100	55,2	44,8
Patagónica	100	61,4	38,6
Grupo de edad			
14 a 19 años	100	87,1	12,9
20 a 29 años	100	84,3	15,7
30 a 39 años	100	69,6	30,4
40 a 49 años	100	46,7	53,3
50 a 59 años	100	38,9	61,1

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 11:

Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en mujeres de 14 a 49 años y varones de 14 a 59 años, por grupo de edad y sexo. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013



Fuente: ENSSyR-2013.

Cuadro 12:

Tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual en mujeres de 14 a 49 años, por región y grupo de edad. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Mujeres de 14 a 49 años	Tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual					
	Preservativo o condón	Pastillas, inyectables o implantes	Retiro	DIU	Diafragma	Otro
Total del país	90,0	13,9	1,7	--	--	0,7
Región						
GBA	91,5	8,4	2,6	--	--	0,5
Pampeana	88,5	20,0	1,2	--	--	1,1
Noroeste	89,7	13,8	1,0	0,3	--	0,5
Noreste	88,7	12,4	2,5	0,2	--	--
Cuyo	90,0	17,2	--	--	--	0,3
Patagónica	92,1	12,3	0,4	0,1	0,2	0,9
Grupo de edad						
14 a 19 años	93,3	12,8	2,3	0,1	--	0,1
20 a 29 años	96,9	10,8	0,6	--	0,1	0,3
30 a 39 años	90,4	11,5	1,7	--	--	0,9
40 a 49 años	76,1	22,6	3,3	0,1	--	1,5

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 13:

Tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual en varones de 14 a 59 años, por región y grupo de edad. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Varones de 14 a 59 años	Tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual					
	Preservativo o condón	Pastillas, inyectables o implantes	Retiro	DIU	Diafragma	Otro
Total del país	93,2	7,2	3,1	0,1	0,1	0,3
Región						
GBA	92,5	5,0	5,5	0,2	--	0,4
Pampeana	93,5	8,7	2,6	--	0,1	0,1
Noroeste	92,0	8,3	1,7	--	--	0,2
Noreste	94,0	7,2	0,3	--	0,7	0,9
Cuyo	97,5	5,6	--	--	--	--
Patagónica	93,7	10,8	0,2	0,3	--	0,1
Grupo de edad						
14 a 19 años	93,5	9,7	3,5	--	0,2	--
20 a 29 años	95,9	8,5	0,4	--	0,2	0,1
30 a 39 años	95,2	5,5	2,8	0,1	--	--
40 a 49 años	90,7	6,4	3,4	--	--	0,1
50 a 59 años	83,3	4,0	10,7	0,5	--	2,0

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 14:

. Utilización de métodos anticonceptivos en la actualidad en mujeres de 14 a 49 años por grupo de edad, situación conyugal y nivel de instrucción. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Mujeres de 14 a 49 años	Utilización de métodos anticonceptivos en la actualidad		
	Total	Sí	No
Total del país	100	81,3	18,7
Grupo de edad			
14 a 19 años	100	90,1	9,9
20 a 29 años	100	87,2	12,8
30 a 39 años	100	82,7	17,3
40 a 49 años	100	71,6	28,4
Situación conyugal			
Unida o casada	100	76,6	23,4
Separada, divorciada o viuda	100	85,2	14,8
Soltera	100	94,4	5,6
Nivel de instrucción			
Hasta primario completo	100	73,6	26,4
Secundario incompleto	100	80,8	19,2
Secundario completo	100	82,7	17,3
Terciario o Universitario incompleto y más	100	84,6	15,4

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 15:

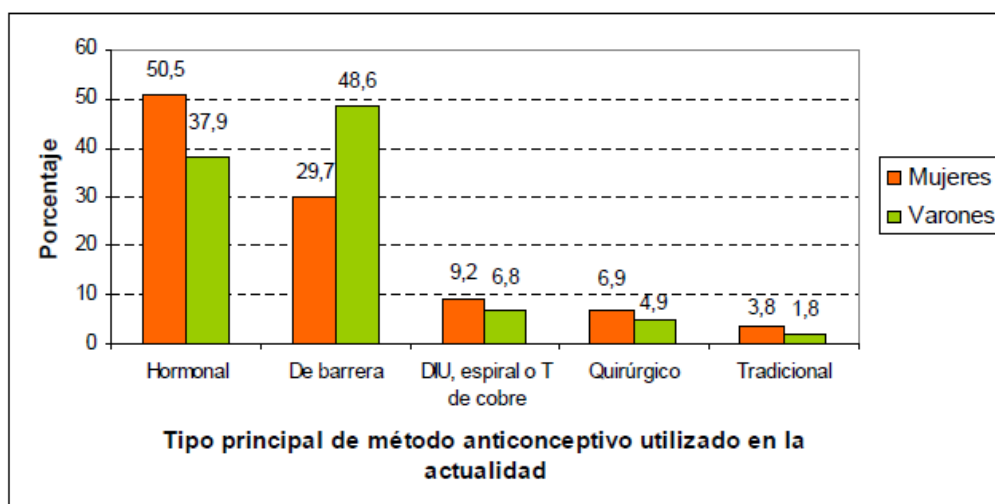
Utilización de métodos anticonceptivos en la actualidad en varones de 14 a 59 años por grupo de edad, situación conyugal y nivel de instrucción. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Varones de 14 a 59 años	Utilización de métodos anticonceptivos en la actualidad		
	Total	Sí	No
Total del país	100	81,4	18,6
Grupo de edad			
14 a 19 años	100	97,6	2,4
20 a 29 años	100	92,4	7,6
30 a 39 años	100	83,0	17,0
40 a 49 años	100	78,7	21,3
50 a 59 años	100	57,3	42,7
Situación conyugal			
Unido o casado	100	71,2	28,8
Separado, divorciado o viudo	100	91,8	8,2
Soltero	100	96,9	3,1
Nivel de instrucción			
Hasta primario completo	100	76,3	23,7
Secundario incompleto	100	82,9	17,1
Secundario completo	100	84,3	15,7
Terciario o Universitario incompleto y más	100	81,7	18,3

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 16:

Tipo principal de método anticonceptivo utilizado en la actualidad en mujeres de 14 a 49 años y varones de 14 a 59 años, por sexo. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013



Fuente: ENSSyR-2013.

Cuadro 17:

Obtención gratuita del método anticonceptivo utilizado en la actualidad por mujeres de 14 a 49 años, por grupo de edad y cobertura de salud. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Mujeres de 14 a 49 años	Obtención gratuita del método anticonceptivo que utiliza			
	Total	Sí	No	Ns/Nc
Total del país	100	32,2	67,4	0,4
Grupo de edad				
14 a 19 años	100	43,3	56,2	0,6
20 a 29 años	100	28,1	71,6	0,3
30 a 39 años	100	35,8	63,3	0,9
40 a 49 años	100	28,9	71,0	0,2
Cobertura de salud				
Obra social o prepaga	100	24,9	74,7	0,4
Sin cobertura	100	44,8	54,7	0,5

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 18:

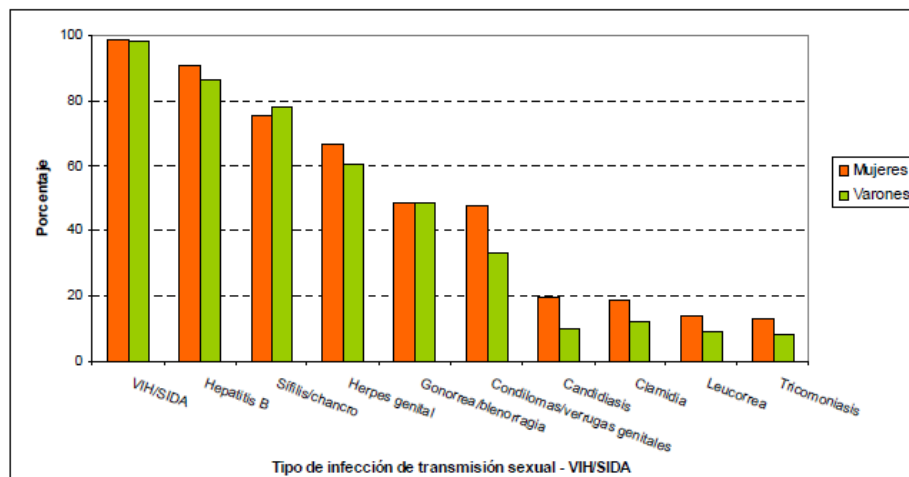
Obtención gratuita del método anticonceptivo utilizado en la actualidad por varones de 14 a 59 años, por grupo de edad y cobertura de salud. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013

Varones de 14 a 59 años	Obtención gratuita del método anticonceptivo que utiliza			
	Total	Sí	No	Ns/Nc
Total del país	100	22,2	76,7	1,1
Grupo de edad				
14 a 19 años	100	28,0	71,4	0,6
20 a 29 años	100	17,1	80,4	2,5
30 a 39 años	100	25,5	73,9	0,6
40 a 49 años	100	23,2	76,4	0,4
50 a 59 años	100	20,9	78,5	0,6
Cobertura de salud				
Obra social o prepaga	100	15,6	83,4	1,0
Sin cobertura	100	33,6	65,1	1,3

Fuente: ENSSyR 2013.

Cuadro 19:

Conocimiento de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en mujeres de 14 a 49 años y varones de 14 a 59 años, por sexo. Localidades de 2.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2013



Fuente: ENSSyR-2013.

Cuadro 20:

Tabla 1.1 Cantidad estimada de mujeres que utilizan un método anticonceptivo y cantidad que tiene un embarazo no deseado durante el primer año del uso del método anticonceptivo, por tipo de método anticonceptivo, datos globales, 2007

Método anticonceptivo	Tasa estimada de fracaso de fracaso (uso típico), % ^a	Cantidad de usuarias, en miles ^b	Cantidad de mujeres con un embarazo accidental (uso típico), en miles ^c
Esterilización femenina	0,5	232 564	1163
Esterilización masculina	0,15	32 078	48
Inyectables	0,3	42 389	127
Dispositivo intrauterino (DIU)	0,8	162 680	1301
Pastillas	5,0	100 816	5041
Preservativo masculino	14	69 884	9784
Barrera vaginal	20	2291	458
Abstinencia periódica	25	37 806	9452
Coito interruptus	19	32 078	6095
Total	4,7	712 586	33 469

^a Los cálculos de Trussell (51) se basan en datos de EE. UU. Las tasas de fracaso estimadas en el uso típico cubren el fracaso del método y el fracaso del usuario que utiliza el método anticonceptivo en condiciones típicas.

^b Sobre la base de la cantidad estimada de mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o en concubinato en 2007 y del porcentaje que usa un método anticonceptivo específico (34).

^c Columna (4) = Columna (3) × (Columna (2)/100)

Fuente: Guía Aborto sin Riesgos, OMS 2012.

Cuadro 21:

Cuadro 4.3.

RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre	
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad	Desde la menarca hasta los 18 años	1	1	1	2	2
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1/2 ¹	1
	Nulíparas	1	1	1	1	2	
	Lactancia materna	Hasta las 6 semanas post parto	4	4	3 ²	3 ²	
		6 semanas a 6 meses post parto (con lactancia exclusiva)	3	3	1	1	
		6 meses post parto o más	2	2	1	1	
	Post parto (no amamantando)	Menor a 21 días	3/4 ³	3/4 ³	1	1	
		Entre 21 días y 42 días	2/3 ⁴	2/3 ⁴	1	1	
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	
	Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 horas					1
		Entre 48 horas y 4 semanas					3
		Mayor a 4 semanas					1
	Post aborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1
		Segundo trimestre	1	1	1	1	2
		Inmeditadamente después de aborto séptico	1	1	1	1	4
	Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cig/día	3	2	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MAS de 15 cig/día	4	3	1	1	1
	Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m ²)	2	2	1	1	1	

1. En mujeres de 45 años o más, el AMPD es categoría 2.

2. La recomendación del PNSS/PR es que la mujer se retire al momento del alta médica con el anticonceptivo para la lactancia (en caso de haber optado por este método). Se prioriza no perder la oportunidad. Los estudios demuestran que los AOPS no modifican el desarrollo de la lactancia materna y tampoco tienen efecto sobre la salud y el crecimiento de los bebés amamantados. Sin embargo, no existen datos que evalúen los efectos de la exposición de progestinas a través de la leche materna en el desarrollo del cerebro y el hígado de los bebés.

3. Si la mujer presenta otros factores de riesgo de TVP (trombosis venosa profunda), es categoría 4.

4. Si la mujer presenta otros factores de riesgo de TVP, es categoría 3. Otros posibles factores de riesgo para TVP: antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kg/m², hemorragia postparto, preeclampsia, tabaquismo.

Cuadro 22:

Cuadro 4.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre	
2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, fumar, DBT, HTA, etc)	3/4	3/4	2	3	1	
	Hipertensión	Historia de presión alta donde no se puede evaluar la tensión arterial	3	3	2	2	1
		Antecedentes de HTA con presión controlada y se puede evaluar	3	3	1	2	1
		Máxima entre 140 y 159, Mínima entre 90 y 99	3	3	1	2	1
		Máxima mayor de 160 y/o Mínima mayor de 100	4	4	2	3	1
	Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar	Antecedentes	4	4	2	2	1
		Aguda	4	4	3	3	1
		Con tratamiento anticoagulante	4	4	2	2	1
	Cirugía mayor inmovilización prolongada ⁵	4	4	2	2	1	
	Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	
	Cardiopatía isquémica o ACV (actuales o antecedentes)	4	4	1:2/ C: 3	3	1	
Hiperlipidemia diagnosticada ⁶	2/3	2/3	2	2	1		

REFERENCIAS/CATEGORÍAS:

- 1: Puede usar el método en cualquier circunstancia. No hay restricciones.
- 2: Puede usar el método y eventualmente necesitar algún seguimiento.
- 3: Habitualmente no es recomendable el método, excepto que no se disponga de otros métodos más apropiados o aceptables.
- 4: NO debe usarse el método.

ABREVIATURAS:

- ACO:** Anticonceptivo combinado oral
ACI: Anticonceptivo combinado inyectable (mensual)
AOSP: Anticonceptivo oral sólo progestágeno (Minipíldora y Desogestrel)
AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (anticonceptivo sólo de progestágeno inyectable trimestral)
DIU: Dispositivo intrauterino de cobre

INICIO Y CONTINUACIÓN

- I:** Inicio del método
C: Continuación del método

5. Si se está programando una cirugía con inmovilización prolongada se sugiere suspensión de los anticonceptivos previo a la cirugía.
 6. NO son necesarios los estudios de lípidos de rutina para el uso seguro de los métodos anticonceptivos

Cuadro 23:

Cuadro 4.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre
3. ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS	Trastornos tiroideos	Hipotiroidismo	1	1	1	1	1
		Hipertiroidismo	1	1	1	1	1
	Diabetes	Sin enfermedad vascular y NO insulina dependiente	2	2	2	2	1
		Sin enfermedad vascular e insulina dependiente	2	2	2	2	1
		Neuropatía/ retinopatía/ nefropatía	3/4	3/4	2	3	1
		Otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución	3/4	3/4	2	3	1
4. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	Cefaleas ⁷	No migrañosas	I:1/C:2	I:1/C:2	1	1	1
		Migraña sin aura en menores de 35 años	I:2/C:3	I:2/C:3	I:1/C:2	2	1
		Migraña sin aura en mayores de 35 años	I:3/C:4	I:3/C:4	I:1/C:2	2	1
		Migraña con aura (<i>"¿ve una mancha luminosa antes de que aparezca el dolor de cabeza?"</i>)	4	4	I:2/C:3	I:2/C:3	1
	Epilepsia	Ver interacciones medicamentosas	1	1	1	1	1

Cuadro 24:

Cuadro 4.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre	
5. INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO	Miomas uterinos	1	1	1	1	1 ⁸	
	Cánceres	Cáncer de mama (actual)	4	4	4	4	1
		Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1
		Cáncer cérvico-uterino	2	2	1	2	I: 4/ C: 2
		Cáncer de ovario	1	1	1	1	I: 3/ C: 2
	Neoplasia intraepitelial cervical	2	2	1	2	1	
	Hemorragia genital inexplicada (antes de la evaluación)	2	2	2	3	I: 4/ C: 2	
	Enfermedad inflamatoria pélvica	Actual	1	1	1	1	I:4/C: 2 ⁹
		Pasada	1	1	1	1	1 / 2 ¹⁰
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Gonorrea y clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta	1	1	1	1	I:4/C:2
		Otras ITS y vaginitis	1	1	1	1	2
		Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	I:2/3 C:2
		Infección por VIH o SIDA ¹¹	1	1	1	1	I:2/3 C:2 ¹²
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO	Tumor hepático benigno	Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	1
		Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	1
	Tumor hepático maligno		4	4	3	3	1
	Hepatitis viral	Hepatitis aguda o exacerbación	I: 4/ C:2	I:3/ C:2	1	1	1
		Portadora de hepatitis viral o hepatitis crónica	1	1	1	1	1
	Cirrosis	Leve (compensada)	1	1	1	1	1
		Grave (descompensada)	4	3	3	3	1
Antecedente de colestasis	Relacionada con el embarazo	2	2	1	1	1	
	Relacionada con los anticonceptivos orales	3	2	2	2	1	

8. Si existe distorsión de la cavidad uterina es categoría 4.

9. Si se diagnostica EPI durante el uso de DIU, no es necesario retirarlo para iniciar el tratamiento antibiótico. Se evaluará el retiro en función de la evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.

10. Si no ha tenido partos después del episodio de EPI, es categoría 2.

11. Para ampliar la información de Anticoncepción y VIH consultar: Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH. Msal-UNFPA 2009 www.msal.gov.ar/sida

12. Si la mujer se encuentra clínicamente bien con la terapia antirretroviral, tanto la inserción como la continuación son categoría 2.

Cuadro 25:

Cuadro 4.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre	
7. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	
	Antifúngicos/ antiparasitarios	1	1	1	1	1	
	Rifampicina o rifabutina ¹³	3	2	3	1	1	
	Algunos anticonvulsivantes ¹⁴ (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato)	3	2	3	1	1	
	Lamotrigina ¹⁵	3	3	1	1	1	
	Antirretrovirales ¹⁶	Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	
		Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa	2	2	2	2	
		Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3	3	3	2	

Fuentes:

- Organización Mundial de la Salud: *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 4^o ed, Ginebra, OMS, 2009

- Department of Reproductive Health and Research: *Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period*. OMS, 2010.

Matriz de Entrevistados

Especialidad	Sexo	Edad	CAPS en que trabaja	Cantidad de horas de atención en CAPS (semanal)	Años de servicio en APS (sistema sanitario municipal)	Años de servicio en el CAPS
Asistente Social	Femenino	37	CAPS 1	24	10 años	2 años
Enfermera y Coordinadora	Femenino	50	CAPS 1	24	9 años	9 años
Enfermera	Femenino	54	CAPS 1	24	10 años	4 años
Ginecóloga	Femenino	37	CAPS 1	4	1 año	1 año
Médico Generalista	Femenino	39	CAPS 1	15	5 años	5 años
Médico Generalista	Masculino	58	CAPS 1	10	15 años	15 años
Obstetra	Femenino	41	CAPS 1	4	8 años	2 meses
Asistente Social	Femenino	57	CAPS 2	30	18 años	18 años
Ginecóloga	Femenino	56	CAPS 2	12	3 años	3 años
Médico Clínico	Femenino	38	CAPS 2	18	2 años	2 años
Psiquiatra	Femenino	32	CAPS 2	18	1 año	1 año

Guía de entrevista

¿Qué es, para usted, la Salud Sexual y Reproductiva? ¿Qué temas considera que la componen?

¿Cuál es el lugar que se le da en Salud Pública a los temas referidos a la Salud Sexual y Reproductiva? ¿Cree que está bien el lugar que se le otorga, o qué podría ser mayor, menor? Dentro del ámbito de la SSR, ¿a qué aspectos de la salud de las mujeres cree que se les da mayor importancia? ¿Y a qué aspectos de la salud de las mujeres cree usted que se le debería dar mayor importancia?

En esta sala, ¿funciona algún tipo de consejería sobre SSR?

Sobre temas de SSR, ¿quiénes son las personas que consultan? ¿Qué características socio-demográficas y de salud tienen? (sexo, edad, situación conyugal, nivel educativo, condición de actividad, cantidad de hijos nacidos vivos, problemas de salud...) ¿cómo llegan esas personas a las consultas? (asistentes sociales, derivadas de otros médicos, después de un parto, de un aborto, por otras redes...) ¿qué demandan? ¿Son mujeres solas o acompañadas por sus parejas? ¿Hay hombres solos que consulten por temas referidos a SSR?

A continuación le voy a preguntar sobre algunos temas referentes a la Salud Sexual y Reproductiva:

1) Consejerías de SSR (o Planificación Familiar)

¿Cómo se concibe desde los servicios de salud la planificación familiar? Para usted, ¿la planificación familiar debe enfocarse solamente en métodos anticonceptivos? ¿Cree usted que la planificación familiar sirva para evitar embarazos no deseados, detectar rápidamente Enfermedades de Transmisión Sexual, u otro tipo de patologías? ¿Cómo cree que deberían funcionar los consultorios de planificación familiar?

Desde su punto de vista, ¿cuál debería ser el rol de los profesionales de la salud en la planificación familiar? ¿Cuál cree que es el rol que debería desempeñar el hospital público con relación a la información, prescripción y provisión de métodos de planificación familiar?

2) Anticoncepción

¿Cómo se trabaja, desde la salita, la anticoncepción?

¿Qué lugar ocupa la anticoncepción en la agenda de la SSR? ¿Por qué? ¿Qué opina usted al respecto? ¿Cómo cree que debería informarse a los/as pacientes sobre métodos anticonceptivos? ¿Qué aspectos de las personas se tienen en cuenta al prescribir un MAC?

En las decisiones acerca del uso de métodos anticonceptivos, para usted, ¿quién/quienes intervienen en el proceso de la toma de decisiones? ¿quién o quienes deberían tomar esas decisiones? ¿Quién o quienes deberían elegir el tipo de método utilizado? (¿médicos, profesionales de la salud, maridos, parejas, amantes, padres?)

¿Usted considera que existe algún tipo de obstáculo en el acceso por parte de las mujeres a los métodos anticonceptivos? ¿Cuáles? ¿Por qué?

Si dice que sí, ¿cómo cree usted que podría revertirse? ¿Cree que la ley a ha ayudado a mejorar el acceso a MAC?

3) Aborto

A continuación le voy a preguntar sobre algunos temas referidos a la Salud Sexual y Reproductiva en relación con los embarazos no deseados... ¿Cree usted que las medidas de planificación familiar y anticoncepción de las que venimos hablando alcanzan para prevenir los embarazos no deseados? ¿Por qué motivos cree que las mujeres quedan embarazadas cuando no lo desean? ¿Cómo responde el sistema de salud/los profesionales de salud en estos casos?

En los casos de embarazos no deseados, ¿usted está de acuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo?

- Si contesta que sí... ¿por qué está de acuerdo? Si en Argentina se lograra legalizar el aborto libre y gratuito, ¿cómo cree que debería llevarse adelante ese proyecto/proceso? ¿la interrupción voluntaria del embarazo debería contemplar todos los casos o solo algunos? ¿Cómo podría usted, como profesional de la salud, aportar a ese proceso?

- Si contesta que no... ¿por qué no está de acuerdo? Desde su punto de vista, ¿cuál sería la solución a los abortos clandestinos?
- Si contesta que “depende”... ¿de qué criterio considera que depende? ¿En qué casos usted está de acuerdo con el aborto y en qué casos no lo está? ¿Por qué?

¿Cómo es la atención de las mujeres que se realizan un aborto en el marco que ampara la ley bajo el concepto de Aborto No Punible (ANP)? ¿Qué respuestas y asistencia brindan los servicios de salud pública a las mujeres que llegan al hospital con un aborto en curso?

Para terminar, le voy a hacer algunas preguntas con respecto al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado a partir de la sanción de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva, sancionada en 2002...

¿Cuáles le parece que son los temas más importantes a los que hace referencia la ley? ¿Cree que la sanción de la ley generó cambios en la forma de atención de estos temas?

- Si dice que sí... ¿qué cambios puede observar? (ejemplos: ¿más presupuesto, insumos, personal, capacitaciones?) ¿Cree que son positivos o negativos? ¿Cree que alcanzan a toda la población o sólo a un sector? ¿Cree que aún hay aspectos para mejorar? ¿Cuáles? ¿Por qué?
- Si dice que no... ¿por qué cree que la ley no ha logrado ningún cambio? (ejemplos: ¿más presupuesto, insumos, personal, capacitaciones?) ¿Cree que es necesario modificar la ley? ¿Qué aspectos modificaría?

¿Cómo ve la implementación de la Ley en los CAPS? ¿Qué le parece que se podría cambiar o mejorar?

¡MUCHISIMAS GRACIAS!