



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba

Licenciatura en Trabajo Social
Tesis de Investigación

***El acceso a la Salud Sexual y (no)
Reproductiva desde la Atención Primaria
de la Salud en tiempos de pandemia:
experiencias de las mujeres de Cosquín-
Córdoba y Río Turbio- Santa Cruz***

Septiembre, 2022.

Britos, Nadia Micaela
Carrizo Torres, Gisella Ailen

Docentes

Mayra Peña Barberón - Intervención pre profesional

Maria Teresa Bossio - Orientación Temática

Ana Paola Machinandiarena - Sistematización y redacción

Agradecimientos

A la Universidad Pública, la Facultad y docentes, para seguir apostando a una educación para todxs.

A mis padres, que son la base de todo este proceso, les dedico este trabajo con todo mi cariño.

A mi familia que siempre me apoyó y acompañó.

A mis amigas, por apoyarme e incentivarme.

A mi compa Gise, por el compañerismo, la paciencia y la dedicación .

Mica

A la Universidad Pública y Nacional, por defender la educación de calidad para todxs.

A la FCS y docentes, por hacer de una profesión, una forma de ver y (hacer) la vida.

A mis padres Viviana y Victor, por su esfuerzo y apoyo incondicional para que esto suceda.

A mis abuelas y hermanxs por sus empujones llenos de risas e ilusión.

A mi compañera Mica, por su esfuerzo, compañerismo y dedicación.

A la memoria de mi abuelo , Julio Cesar.

Gise.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: La etica feminista , perspectiva de género y derechos humanos como punto de partida.	8
1.1 ¿Que entendemos por Etica feminista? Nuestro posicionamiento desde el Trabajo Social frente a la temática abordada en contexto.	8
1.2 La mujer como sujeta de Derechos Humanos, una lucha desde el feminismo. El reconocimiento de los DDS y (no) R.	11
1.3 La garantía de los derechos humanos como herramienta principal en la reproducción de una vida digna y de calidad para las mujeres	14
CAPÍTULO II. Definiciones teóricas para comprender a la salud desde la APS como campo de disputas.	
2.1. La Salud como campo y capacidad de lucha.	16
2.2 La Atención Primaria de la Salud como dimensión integral	17
2.3 El concepto de accesibilidad en el sistema de salud: definición y dimensiones.	20
2. 4 El acceso a la salud sexual en la APS de las mujeres.	22
CAPÍTULO III: Los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos como encuadre normativo.	26
3.1 Los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos: categorías conceptuales, debates y recorrido histórico hasta la actualidad.	26
3.2 Marco internacional y nacional que aborda los Derechos sexuales y (no) Reproductivos.	33
3.3 Políticas públicas y programas implementados en los territorios de investigación. La situación durante la pandemia.	39
3.4 Situación de los derechos sexuales y (no) reproductivos durante la pandemia por covid -19.	45
CAPÍTULO IV. La investigación en Trabajo Social. Decisiones metodológicas y análisis de datos.	50
4.1 Aprendiendo a investigar en Trabajo Social. Aportes al campo problemático desde la investigación-acción.	50

4.2 Construcción del diseño metodológico. Enfoque cualitativo de la investigación, variables conceptuales, análisis de los datos. **55**

CAPÍTULO V . Resultados de la investigación. El acceso a la SS y (no) R desde las experiencias y percepciones de las mujeres, análisis desde el Trabajo Social. 59

5.1 La Salud Sexual y (no) Reproductiva desde la APS situada: CIC Padre Mugica Río Turbio, Santa Cruz - CIC Eva Perón, Cosquín, Córdoba. **59**

5.2 Análisis de las experiencias de las mujeres en torno al acceso a Salud Sexual y (no) Reproductiva , en contexto de pandemia por covid-19. Un antes y un después. **62**

5.3 Barreras en el acceso a la Salud Sexual y (no) Reproductiva. **64**

5.4 Posición del Trabajo Social en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva desde los Centros de Atención Primaria de la Salud . Limitaciones y aportes. **67**

Conclusiones 69

Bibliografía 72

Anexos 78

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AHE	Anticoncepción hormonal de emergencia
SS y (no) R	salud sexual y (no) reproductiva
TS	Trabajo social
CAPS .	Centro de Atención Primaria de la Salud
APS.	Atención primaria de la salud
DDS y (no) R.	Derechos sexuales y (no) reproductivos
RT.	Rio Turbio
ESI.	Educación sexual integral
IAP.	Investigación acción participativa
AUH.	Asignación universal por hijo
LARC	Métodos de larga duración.
OMS.	Organización Mundial de la Salud
IVE.	Interrupción voluntaria del embarazo
CIC.	Centro Integrador Comunitario
PAP	Papanicolaou
MAC.	Métodos anticonceptivos
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
ASPO.	Aislamiento social preventivo y obligatorio

INTRODUCCIÓN

Este escrito sistematiza el desarrollo de las prácticas preprofesionales del 5to año de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba, durante el año 2021. Desde un proceso de investigación de tipo exploratoria se abordó el tema de los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos de las mujeres. El objeto de trabajo de esta tesis es visibilizar las experiencias de las mujeres en el acceso a los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud en las localidades de Cosquín, Córdoba y Río Turbio, Santa Cruz durante la pandemia por covid-19. En los espacios institucionales Área de Géneros, dependiente de la Municipalidad de Cosquín, y el Centro Integrador Comunitario (CIC) dependiente de la Municipalidad de RT. Espacios que seleccionamos por el contexto de ASPO durante la pandemia por covid-19, al encontrarnos cada una en su ciudad natal al momento de realizar las prácticas pre profesionales.

Buscamos dar cuenta de la calidad de acceso en cada institución según determinantes sociales, económicos, culturales y políticos. Aportando de esta manera a una reflexión en el análisis de los tipos de estrategias que se llevan adelante con esta temática en los centros de salud. Al mismo tiempo, nos interesa aportar con este trabajo a la academia, en materia de investigación y de construcción de conocimientos, como también a lxs referentes de las instituciones en las cuales se situó la investigación. Proponemos una mirada crítica y reflexiva sobre las experiencias y situaciones recabadas a lo largo del proceso. Como así también analizar el aporte del trabajo social desde su mirada al campo de la salud, como disciplina de las ciencias sociales.

Esta investigación se orientó a responder la pregunta: ¿Cuáles fueron las condiciones, estrategias y los recursos para acceder a los derechos sexuales y (no) reproductivos disponibles en los espacios institucionales de Atención Primaria de la Salud en dos ciudades (Cosquín y Río Turbio) durante la pandemia?

Fue nuestro objetivo general analizar si la pandemia por covid 19 afectó, modificó, y de qué manera las acciones y servicios que se llevaban a cabo en los centros de atención primaria para el acceso a los derechos Sexuales y (no) reproductivos, de las ciudades de Cosquín y Río Turbio. A partir de este, consideramos como objetivos específicos conocer la situación de accesibilidad a los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres en contexto de pandemia. Reconocer si existen barreras/dificultades para el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos en los servicios de atención primaria de la salud

para las mujeres. Por último, describimos las experiencias de las mujeres usuarias de los servicios de salud, se describe la calidad del acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos desde la voz y la percepción de las sujetas.

Al ser un tema sin antecedentes de estudio en las dos ciudades, el enfoque que estructuró este proceso fue de tipo cualitativo y exploratorio, en tanto busco captar los aspectos relevantes de la realidad analizada. Fue realizada de manera interpretativa y reflexiva, centrándose en las prácticas académicas realizadas en el año 2021, de manera situada y basándose en un proceso interactivo en el que el rol de las mujeres, lxs profesionales y el equipo de investigación fue primordial. Nuestras decisiones metodológicas desde este enfoque nos orientaron a implementar como técnica principal la entrevista abierta en profundidad con referentxs, profesionalxs y las mujeres usuarias, como también la observación participante en actividades realizadas en las instituciones donde nos situamos.

El documento de la tesina tiene el siguiente orden, en el primer capítulo daremos cuenta de nuestra posición ética-política respecto a la temática elegida, frente al contexto de pandemia que atravesó todo el proceso. Presentaremos como categoría para posicionarnos frente a este trabajo en el campo de la salud y los derechos sexuales y (no) reproductivos, a la *ética feminista* (Cherro y Alemán, 2015), como lineamiento para incorporar la justicia y la reivindicación de los derechos de las mujeres. Planteamos la perspectiva de género como visión para pensar el acceso a la salud sexual y (no) reproductiva como un derecho humano en salud fundamental para las mujeres. Estas categorías nos permiten ver la estructuración social de fondo, que posibilita abarcar cómo se relacionan estas cuestiones y cómo afectan la calidad de vida cotidiana de lxs sujetxs. Presentamos una posición respecto a por qué decidimos investigar con mujeres, qué tiene de particular en la sociedad este género, las desigualdades estructurales que lo atraviesan, se relaciona fuertemente con nuestras experiencias en las prácticas preprofesionales. En el segundo capítulo hacemos referencia al marco conceptual y teórico desde el que enfocamos nuestras miradas. Planteamos por qué entendemos a la salud como un campo específico de lucha donde se inserta nuestra investigación. Luego definimos a la atención primaria de la salud como una estrategia integral y fundamental en las comunidades. Damos cuenta de una de las categorías principales que guían este trabajo, es decir, la salud sexual y (no) reproductiva, retomando los diferentes debates sobre su concepción, y dejando en claro al cual adherimos. Para finalizar el capítulo exponemos qué entendemos por acceso a la salud y que dimensiones componen esta variable, lo que nos servirá luego

para el análisis de la información.

En el tercer capítulo presentaremos el marco normativo que creemos importante en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos para la temática abordada. A su vez, definiremos por qué los entendemos como tales y cuál es el recorrido que han tenido para ser considerados como derechos con mayor profundidad. Nos enfocamos en las normativas vigentes en el ámbito internacional y nacional, específicamente la Ley N °25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. A partir de esto, describiremos las políticas y programas con los que se trabaja en los territorios, desde qué enfoque y cuáles son sus aportes. Abordaremos, además, la implementación de los mismos en dos territorios durante la pandemia. En este sentido, analizaremos los conocimientos y representaciones que poseen las mujeres de los espacios sobre estas políticas y sus derechos sexuales y (no) reproductivos.

En el cuarto capítulo analizamos nuestra experiencia como estudiantes de trabajo social investigando en el campo temático específico, tomando los aportes de la investigación- acción. Además, explicamos nuestras decisiones metodológicas en el proceso de investigación y cómo construimos nuestro diseño metodológico a partir de éstas. Realizaremos un recorrido por la situación de la salud sexual y (no) reproductiva en las localidades de Cosquín y Río Turbio desde las instituciones en que nos insertamos.

En el último capítulo, presentamos un análisis de la información recabada en el proceso a partir de la construcción de un esquema de análisis de datos y la operacionalización de las categorías conceptuales. Es el objetivo de este apartado dar cuenta de los resultados alcanzados en el proceso de investigación llevado a cabo en los CIC de las localidades en las cuales se trabajó. Tomamos como fuentes que fundan lo explicitado como resultados de la investigación a los antecedentes utilizados en el marco teórico en conjunto con las experiencias en los espacios institucionales, como las relatadas por las propias sujetas usuarias de los servicios y también la de lxs referentes institucionales.

Para finalizar la sistematización de esta investigación presentamos conclusiones sobre lo analizado luego de todo el proceso, puntualizando en la experiencia que tuvimos como estudiantes con respecto a las prácticas pre profesionales en el contexto excepcional que fue la pandemia, la vinculación con lxs sujetxs de los territorios, la construcción de conocimiento científico desde el trabajo social como desafío, y algunas reflexiones pensadas como aportes a las instituciones.

Durante la escritura de este trabajo haremos uso del lenguaje no sexista,

específicamente con la utilización de la letra x, como herramienta de inclusión y disputa de todxs lxs actorxs presentes en el proceso y escenario de investigación.

CAPÍTULO I: La etica feminista , perspectiva de género y derechos humanos como punto de partida

1.1 ¿Que entendemos por Etica feminista? Nuestro posicionamiento desde el Trabajo Social frente a la temática abordada en contexto

Nosotras como equipo de trabajo de prácticas académicas y como futuras profesionales en TS, fuimos construyendo durante nuestra formación un posicionamiento ético-político. Cuestiones como elegir a las mujeres como sujetxs con quienes abordar la temática de investigación, y también, la decisión sobre qué perspectivas considerar para trabajar la sexualidad con las mujeres, estuvieron atravesadas por lineamientos desde la etica feminista.

Contextualizamos las circunstancias en las cuales fueron tomadas estas decisiones teórico-metodológicas, técnico-instrumentales y ético-políticas para llevar a cabo la investigación. En pocas palabras mencionamos condiciones constantes en todo el transcurso; pandemia, restricciones, distancias, suspensión de actividades presenciales de todo tipo que no tengan que ver con la enfermedad por covid-19. Aumento de urgencias, incertidumbre en todos los sentidos, ya que en definitiva, se sacudió el mundo entero. Aislarse fue la consigna principal, todxs en *cuarentena*, las indicaciones fueron no compartir con gente que no sea del *núcleo del hogar*, no salir de casa, no dar besos, abrazos, ni chocar manos con nadie y todo de un momento a otro. Había que protegerse del virus, extremar cuidados de higiene, pero... ¿Qué pasó con la sexualidad todo ese tiempo? ¿el acceso a la SS y (no) R en qué lugar quedó? ¿Cómo fue atendida esta práctica humana, social, cultural y política?

Apuntamos a la necesidad de ir más allá, debatir el porqué de esas decisiones, poder analizar la situación además de las emergencias del momento, mirar la relegación que hubo de problemáticas sociales que ya existían y que con la pandemia se acentuaron aún más. En virtud de esto, construimos y definimos al fin teóricamente el objetivo general de la investigación; analizar si la pandemia por covid 19 afectó, modificó, y de qué manera las acciones y servicios que se llevaban a cabo en los centros de atención primaria para el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos (DDS y [no] R), de las

ciudades de Cosquín y Río Turbio.

La investigación científica al igual que la intervención profesional en ciencias sociales son procesos en los que se ponen en juego dimensiones teórica-metodológica, operativa-instrumental y ética-política que le dan legitimidad. Dicho de otra manera, hablamos de dimensiones que sustentan el por qué se hace lo que se hace; cómo, de qué manera y para qué; desde qué miradas y posicionamientos. El posicionamiento ético-político es fundamental para el campo profesional del trabajo social en sus prácticas de intervención, creemos que a partir de esta dimensión, se van determinando las cualidades de las otras dos, por su gran relevancia es planteado como eje de este capítulo, ya que consideramos que está presente en todo momento.

Los procesos en los cuales se centra el quehacer del Trabajo Social, se construyen en la vinculación con distintos grupos de personas, en instituciones y comunidades con diversas reglas que están inmersas en la sociedad. El posicionamiento ético-político se va construyendo en toda la formación profesional y como toda construcción humana, social y cultural, está en constante reflexión por lo cual, la necesidad de tomar decisiones a fin de elegir cómo llevar adelante los proyectos en el trabajo cómo profesionales es una constante. Esto siempre en una relativa autonomía, ya que, elegimos cómo queremos trabajar la situación en cuestión, desde nuestras herramientas y poniendo en juego nuestros capitales en campos en los que accionamos (Bourdieu, 1997). Sin embargo en ellos siempre existe el juego de intereses de distintos actores, por lo que también hay disputas, jerarquías, poderes, reglas, que van determinando las posibilidades para tomar decisiones *autónomas* (Aquin et al.,2012).

En el campo de la salud y la salud sexual y (no) reproductiva en particular, (SSy[no] R), en función de las limitaciones y posibilidades que se regulan allí a través de cuerpos normativos jurídicos y culturales, se van generando modos de interacción. Las estrategias de intervención, líneas de trabajo, decisiones teóricas, metodológicas, éticas y políticas, que existen son analizadas a partir de un nivel de reflexividad necesario. Es importante poder hacerlo desde una mirada crítica, volviendo sobre las prácticas profesionales, y el trabajo de lxs agentes de atención en salud, ya que las mismas no son ingenuas, pues producen efectos en las personas, en lxs sujetxs usuarixs de los servicios.

Un profesional de TS, al igual que otrxs profesionales como por ejemplo; Obstetrxs, ginecologxs, educadorx de la salud, psicologxs, medicxs, enfermerxs, etc. va forjando, configurando su propio posicionamiento en el modo de trabajo que lleva adelante. Esto se conjuga con sus potencialidades y limitaciones personales, sus valores, su

modo de entender la realidad, su forma de vincularse con ella. En esta conjugación propone, modifica, construye un modo de intervenir profesionalmente, un modo de relación con otrxs, que ineludiblemente está atravesado (Trachitte et al., 2008).

La lectura crítica que proponemos al respecto, es a partir de la ética feminista. Una perspectiva que nos permite pensar y analizar desde un posicionamiento también político, las prácticas en SS y (no) R y las problemáticas de las mujeres para su acceso. Se trata de un lineamiento que creemos relevante para incorporar la justicia y la reivindicación de los derechos de las mujeres.

Las autoras Cherro y Alemán (2015), dan cuenta como la ética no hace referencia a la descripción de conductas habituales, valoradas como *buenas o malas* en una sociedad (moral), ni tampoco a los preceptos que surgen de una religión (dogma). Sino, que se refiere a una disciplina filosófica que supone el estudio, la problematización y la justificación de los principios que dan forma a las normas y actitudes que predominan en una sociedad determinada. En otras palabras, la ética es una crítica de los argumentos racionales que sostienen los ordenamientos jurídicos, los hábitos y costumbres que rigen la vida colectiva en sociedad.

La ética feminista ha puesto en cuestión la supuesta universalidad de teorías morales que rigieron las sociedades por mucho tiempo. En ellas, el término -humano- se transformó desde el significado de persona al de hombre, invisibilizando a muchxs otrxs géneros en la sociedad. Estas situaciones incrementan las posibilidades de discriminación hacia las mujeres, reproduciendo desigualdades en todos los ámbitos de la estructura social, sometiendo a los cuerpos feminizados a una violencia patriarcal, colonial, y capitalista. En consecuencia, desde la ética feminista, se plantea develar y cuestionar mandatos históricos que existieron y aún hoy cuelan sus raíces en diferentes prácticas micro-machistas y violentas sobre las mujeres y sus cuerpos.

En el campo de la salud, rigieron sólo prácticas de atención médico-hegemónicas por muchas décadas, desde enfoques lógico-maternal, biológicos, medicalizantes, que implantaron como obligación la reproductividad, el control sobre los cuerpos de las mujeres y sobre sus decisiones. Los sistemas médicos, jurídicos, culturales y políticos determinaron la no autonomía de las mujeres, despojándolas de todo derecho y conocimiento.

La apuesta es por reconocer los derechos de las mujeres, cuestionar el androcentrismo y la opresión de género que estructura la sociedad, poder pensar a la ética feminista como herramienta para trabajar y proyectar la autonomía de y (con) las mujeres

en la toma de decisiones, en el conocimiento de sus derechos, construyendo en conjunto una ciudadanía plena (Cherro y Alemán, 2015).

En el año 2021 en los Centros de Atención Primaria de la Salud de Río Turbio (Santa Cruz) y Cosquín (Córdoba), realizamos un análisis sobre la temática del acceso a la salud sexual y (no) reproductiva con mujeres en contexto de pandemia. Este proceso, se llevó adelante a partir del posicionamiento ético-político/ feminista, que venimos describiendo. La ética feminista propone interpelarnos frente a situaciones que pueden tomarse como únicas e inevitables, permitiendo preguntarnos por ejemplo, si en este contexto de emergencia la única necesidad y problema para todos era el virus covid-19 realmente o qué otras necesidades existieron. Decimos que, esta perspectiva nos llevó a tomar posiciones políticas, que tuvieron la intención de revisar y repensar las situaciones problemáticas en salud y que se hacían eco en todas las dimensiones de la sociedad. Quisimos poner a discutir si el acceso a la SS y (no) R fue considerado un servicio esencial en la pandemia o no, cómo fue percibido esto por parte de las mujeres usuarias de los CAPS y resaltar lo que vivenciaron ellas como dato fundamental para saber si se dio el acceso o no. Esto fue trabajado tanto con los profesionales de cada lugar como con las mujeres que participaron de la investigación, desde un posicionamiento crítico, mirando la salud como un campo de múltiples variables con diversos paradigmas, que son analizados a lo largo de este escrito.

1.2 La mujer como sujeta de Derechos Humanos, una lucha desde el feminismo. El reconocimiento de los DDS y (no) R

En la actualidad, hablar de derechos humanos y de la mujer como sujeta de estos, puede sonar algo lógico, fácil de comprender, algo que está materializado en normas, por lo que puede exigirse, y que en ocasiones se puede obtener sin rodeos. Sin embargo, no hay que olvidar que detrás hubo un largo camino de luchas y que, aún en estos días es una constante a seguir trabajando, puesto que los derechos se conquistan y se defienden, no se adquieren de una vez y para siempre, se avanza y retrocede en ello.

Tomamos la perspectiva de género, como una mirada crítica y alternativa desde la cual podemos hablar del acceso a los derechos humanos y a la SS y (no) R. Como dijimos no siempre existieron, y más bien es oportuno aclarar que los derechos sexuales y (no) reproductivos pudieron ser reconocidos a partir de la organización y demanda de los movimientos feministas en territorios marcados por grandes desigualdades. Esta proposición será el eje de este apartado, donde intentamos en este momento desarrollar una

lectura e interpretación compleja de los procesos de luchas sociales, culturales y políticas en los que se enmarcaron y consolidaron los derechos de las mujeres, para luego en el capítulo siguiente profundizar y exponer cuáles son las categorías de derechos que utilizamos en el proceso de investigación y sistematización.¹

En la historia del mundo hasta el siglo XX a las mujeres no se las consideró como ciudadanas de primera en el goce de derechos humanos de carácter civil y político, y mucho menos en lo que tiene que ver con derechos económicos, sociales, y culturales. Fueron solo los hombres blancos heterosexuales de clase media y alta quienes ejercieron ciudadanía, podían ser propietarios, participar de la actividad política como funcionarios, votar, estudiar, trabajar etc. Por largas décadas fue este género el que manejó la vida de las mujeres con un poder absoluto, poseían la patria potestad sobre las mujeres y lxs niñxs, se asimilaba entonces la condición de mujer a la de un menor de edad que necesitaba tutela (Valdivieso et.al., 2012).

Los derechos por más que referían al término *humanos* en verdad no eran para todxs, mas de la mitad de las personas quedaban por fuera, ya sea por cualidades sexo-biológicas, de clase social, étnicas, etarias, etc. Es posible afirmar que las diferencias de sexo y género en nuestras sociedades, son causante de diversas desigualdades y base de violencias estructurales y que estas fueron naturalizadas y legitimadas desde el saber científico acumulado en la lógica positivista de la ciencia, como también, por instituciones con creencias culturales extremadamente influyentes, como la iglesia católica con el apoyo de grandes sectores conservadores de la población (Valdivieso et.al., 2012).

La sociedad se organizó a partir de un contrato social que se articula en dos esferas, una pública, asignada históricamente como relevante y en la cual solo participaban los hombres (blancos, heterosexuales, con derecho de propiedad, etc.) Y otra esfera privada, espacio jerárquicamente subordinado, considerada al contrario como inferior, que engloba a lo doméstico y en la que se desenvuelven las mujeres y niñxs, esta manera de organizar la sociedad marcó situaciones de desigualdad que se trasladaron a todos los ámbitos de la vida (Valdivieso et.al., 2012, p.10).

Los movimientos feministas surgen para disputar y deconstruir este contrato social, con el objetivo de desmontar la opresión del sistema y reivindicar la diferencia y la igualdad como derecho. El feminismo hace su aporte para elaborar una teoría de las

¹ Este tema será desarrollado en profundidad en el Capítulo III, dando cuenta del recorrido histórico de los derechos sexuales y (no) reproductivos.

relaciones de poder entre los sexos, proponiendo una voluntad ética y política de denuncia de las deformaciones conceptuales de un discurso hegemónico basado en la exclusión e inferiorización de la mitad de la especie humana, mediante mecanismos ideológicos que reproducen la discriminación y exclusión de las mujeres de los diferentes ámbitos de la sociedad. En el desarrollo de esta visión, se da la necesaria ruptura de saberes instalados, proponiendo transformaciones en pos de una emancipación social.

Por lo pronto diremos que, para pasar de la consideración autónoma de las propias necesidades y problemas, a la construcción de esto en demandas concretas, fueron las propias mujeres organizadas quienes trasladaron al espacio público temas que habían sido considerados exclusivos del espacio privado (maternidad obligada, planificación familiar, salud sexual, negación del acceso a métodos anticonceptivos, aborto, violencia de género, imposibilidad de acceder al mercado de trabajo, dependencia económica, diversidad e identidad sexual, etc.). El foco estuvo en cuestionar la base misma de los criterios de distinción, y de repensar el cuerpo y la sexualidad, como espacios en los que se funda la desigualdad y el dominio patriarcal sobre el género femenino, a partir de la ecuación básica mujer/esposa/ madre.

Esto significó ampliar el ámbito de actuación de las mujeres, trataron de recuperar y reivindicar su género independientemente de su potencial capacidad reproductiva, dando un paso fundamental y estratégico para la conquista de la autonomía, la autodeterminación y la libertad. De allí que la demanda sobre el acceso a la SS y (no)R como un derecho esencial, fue un ideal que llevó el movimiento de mujeres como bandera de lucha hasta estos días y que continúa en marcha.

En el actual momento de América Latina, ya no solamente se presentan críticas y luchas en espera de su atención, sino que hay también un cambio histórico en curso. Presenciamos nuevas dinámicas de participación política que las mujeres están impulsando, junto con otros sujetos de acción transformadora, en confluencia y en disputa por alimentar una perspectiva de emancipación. Los feminismos latinoamericanos han venido actuando con una peculiar combinación de lucha política, movilización callejera, subversiones culturales, negociación y presión hacia los poderes oficiales, promoviendo diálogos interculturales, junto con una reflexión permanente sobre los avances y las contradicciones de sus prácticas (Valdivieso et.al., 2012).

Para pensar el acceso a la SS y no R desde una perspectiva de derechos humanos es fundamental conocer la raíz de la vulneración de los mismos, y qué disputas se dieron para lograr hoy trabajar en promoción de un acceso de calidad, integral e igualitario para todos,

y en especial para las mujeres.

1.3 La garantía de los derechos humanos como herramienta principal en la reproducción de una vida digna y de calidad para las mujeres

Presenciamos una vitalidad feminista renovada que no deja de protagonizar acciones por la profundización de la igualdad y la emancipación. Se trabaja en la contrastación de los discursos conservadores mencionados anteriormente. En especial queremos mencionar que además de las organizaciones y agrupaciones sociales feministas, existen muchxs profesionalxs que se comprometen en este proyecto de emancipación e igualdad social, desde el posicionamiento ético-político profesional en el cual se paran, y el tipo trabajo que van realizando en los servicios que se brindan y que tienen que ver con el derecho a la salud y la la SS y (no)R en particular, promoviendo la horizontalidad de los saberes y conocimientos necesarios para facilitar el acceso de las mujeres a una salud de calidad y así también una ciudadanía efectiva. También y cada vez más, el feminismo contemporáneo profundiza la reflexión desde lo concreto, y desde el análisis específico de la subordinación de mujeres latinoamericanas, como categoría política que articula memorias, historias y siglos de subordinación. Se reconoce que como colectivo de luchas y propuestas diversas, las mujeres no son un grupo homogéneo, y que por el contrario, emergen testimonios y movimientos de mujeres que parten de la pertenencia étnica, de la pertenencia de clase, geográfica, etc. para organizarse. Esto implica entonces el necesario reconocimiento de la complejidad del sujetx colectivo feminista, y que es este carácter el que aporta visiones nuevas y contrarias al simple marco liberal de derechos para que sea efectivamente universal y sin distinciones discriminatorias.

De esta manera construidas las luchas sociales y pensados los derechos humanos se podría afirmar que, las voces de todas las mujeres, indígenas, negras, blancas, rurales, urbanas, trabajadoras domésticas, discapacitadas, jóvenes, viejas, migrantes, lesbianas, transexuales, etc. son imprescindibles para repensar y demandar la igualdad, la justicia social y la democracia efectiva.

Aunque se reafirmaron importantes concreciones jurídico-institucionales, que permiten apreciar conquistas en el plano legal en lo que tiene que ver con la participación en la vida pública y política, con los servicios en salud sexual, la educación, con el acceso

al mercado de trabajo, etc. que si bien contribuyeron a revertir discriminaciones y visibilizar, como cuestiones de interés público, temas que eran considerados propios de la vida privada, no puede decirse que las desigualdades desaparecieron y que todxs acceden a estos derechos. Lo dicho implica reflexionar más allá del derecho de las mujeres a tener derechos reconocidos y legislados. Por ese motivo, la conquista, el sostenimiento, la expansión y el ejercicio de los derechos, debe suponer también las condiciones que hagan posible su ejercicio.

Proyectar a la mujer libre y autónoma, ejerciendo la ciudadanía plena, implica necesariamente que el acceso a la salud sexual y (no) reproductiva sea reconocido como un derecho humano esencial. Por ello, no puede ser una cuestión de privilegios que se distribuyen en el mercado a los cuales sólo acceden quienes tienen el poder, ya sea económico, social o cultural.

Consideramos que la SS y (no) R, se relaciona directamente con la atención de los aspectos relacionados con el cuerpo, el deseo, el placer, la diversidad de género y la autonomía en la decisiones de reproducción (tener o no hijxs, con quién tenerlos, planificación del momento). Además debe abarcar la posibilidad de decidir interrumpir voluntariamente un embarazo. Requiere atender las situaciones de discriminación, de violación de todo tipo y modalidades de abuso y violencia. Sostenemos que el acceso a la SS y (no)R, tiene que producirse eficaz y efectivamente por parte de todxs a partir de distintas políticas sociales en salud, construidas desde el Estado como órgano principal garante de los derechos humanos en el país (Dominguez,2017).

Estos planteos invitan a desarrollar una reflexividad epistemológica para el análisis que desarrollamos en este escrito, ya que es una herramienta fundamental para seguir debatiendo el carácter reivindicatorio que tiene para las mujeres el acceso a la SS y (no)R. Consideramos que desde el TS debemos abordar estos lineamientos porque es parte fundamental del trabajo en salud que realiza la profesión. La garantía de los derechos humanos, como herramienta principal en la reproducción de una vida digna y de calidad para lxs sujetxs con quienes trabajamos, debe ser puesta en marcha.

Trabajamos a lo largo del proceso de investigación y en esta sistematización desde una perspectiva integral en salud, como un derecho y como capacidad de lucha (Ferrandini, 2010). Se entiende en la misma línea que, el derecho al goce de la salud se vincula con el ejercicio de otros derechos individuales y civiles, económicos, sociales y culturales como también de solidaridad. Con esto planteamos la importancia de tener en cuenta factores estructurales sociales, económicos, culturales y políticos que están

presentes en la posibilidad de acceso a las instituciones de salud en términos de derechos.

Por ello posicionarnos desde una perspectiva de género para mirar este campo, nos permite dar cuenta de las expresiones de desigualdad y opresión, mirar las relaciones de poder entre género, que son construidas social e históricamente, para comprender las prácticas de dominación masculina que ha estado impregnada en todos los ámbitos, reduciendo la participación de las mujeres en espacios públicos y sociales.

CAPÍTULO II. Definiciones teóricas para comprender a la salud desde la APS como campo de disputas

2.1. La Salud como campo y capacidad de lucha

A continuación se presentarán las principales categorías teóricas que han sido utilizadas para enmarcar la investigación realizada y que servirán para comprender las perspectivas desde las cuales se desarrolla la sistematización presente.

Entendemos que la salud es un derecho humano universal, el cual debe ser garantizado y protegido de manera equitativa para toda la población. Además, tomamos la definición de Ferrandini (2010) quien habla de la salud como capacidad de lucha. Esta es una definición que supera las concepciones hegemónicas expresadas como salud = ausencia de enfermedad o completo bienestar que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sostiene en cambio, que el derecho a la salud se vincula con el ejercicio de otros derechos: individuales y civiles, económicos, sociales y culturales y de solidaridad. Ferrandini (2010) propone: “La salud como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas. Una tarea que requiere de sujetos” (p.5).

Esta definición, nos permite pensar en la capacidad de agencia de actores y sujetos para transformar las condiciones de vida que limitan su ejercicio efectivo del derecho a la salud. Para posicionarnos desde esta perspectiva más compleja, es que nos alejamos del concepto funcionalista de sistema y nos apropiamos de la concepción de salud como campo. De esta manera se entiende al mismo como una convergencia de actorxs, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el

que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales, los cuales se ponen en juego atrayendo a diversos agentes que buscan la apropiación, consolidación e incrementación de los mismos (Spinelli, 2010).

En nuestro país, el campo de la salud ha presentado una creciente fragmentación y descentralización, problemas de financiación, de infraestructura. Ha tenido una preponderante hegemonía de perspectivas biomédicas, patriarcales, xenófobas, clasistas, entre otras. Aquí, los factores socioeconómicos, políticos e ideológicos de los procesos salud enfermedad no son valorados. La salud se aborda desde lógicas medicalizantes, haciendo que la intervención sea fragmentada y focalizada. Por ende, las prácticas de salud así como la relación médico/sujeto, las políticas de salud, los modelos de atención y prevención, son atravesados por estas perspectivas binarias y heteronormativas.

En contraparte a esta lógica biomédica de la salud, la concepción de salud como capacidad de lucha entiende que los sujetos no solo deben quedar en una situación de pasividad frente a la falta de respuestas. Al contrario, ellos pueden desde sus saberes, vivencias, padecimientos, deseos y voces, cuestionar y promover acciones, articular demandas para formar parte de la agenda pública. De ahí que, el rol protagónico de los sujetos en la adquisición de derechos sea tan importante. Particularmente nuestra temática de investigación, la SS y (no)R en el campo de la salud, se aborda en conjunto con el bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación con la autonomía, el cuidado, el respeto y el placer. Posicionándonos desde una mirada integral y holística, de las personas que acceden a la salud, englobando otras dimensiones más allá de la biomédica. Éstas refieren al campo de lo social, cultural, cotidiano, económica y de contexto que forman parte de la vida de las personas.

2.2 La Atención Primaria de la Salud como dimensión integral

La Atención Primaria de la Salud (APS), tiene su origen en la Asamblea General de la OMS desarrollada en 1977. En esta se planteó la necesidad de garantizar la *Salud para todos en el año 2000*. En la declaración de *Alma Ata* en 1978, se estableció que para alcanzar esta meta era necesaria una estrategia específica. De esta manera surgió la APS, que fue aceptada globalmente por diferentes países. Esto enmarcado en el reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y con el convencimiento de que a la misma debe llegarse teniendo en cuenta las condiciones concretas del contexto de existencia de cada región (Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de

Políticas de Atención Primaria de la Salud, s.f). La APS fue cuestionada y se le dieron interpretaciones variadas, pero se la señalaba como una función central en salud. Así pues, no debía entenderse aisladamente del campo de la salud, ni menos dirigida a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres (Rovere, 2012).

Tomamos la definición de APS desde la Declaración de Alma Ata:

La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Textual del punto 6 de la declaración de Alma Ata).

El fin principal de esta estrategia es tratar los principales problemas sanitarios de la comunidad, desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación (Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud, s.f).

La atención que se propone desde la APS debe ser apropiada y efectiva. Con esto se quiere llevar adelante un proceso que no esté basado en la enfermedad, sino que se enfoca en la persona que se acerca al centro de salud como un todo. Atiende, también, a sus necesidades sociales, a la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno. Trabaja con un sujeto de derechos, potencialmente activo para la atención de su propia salud y bienestar físico y emocional (Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud, 2012).

Con el paso del tiempo fueron repensadas las lógicas tradicionales imperantes en la APS, y se ha comenzado trabajando con estrategias de educación popular, de promoción de la salud y en la construcción conjunta de conocimiento. Esto en materia de cuidado de la sexualidad, de planificación familiar, de prevención de muertes por abortos y complicaciones, etc (Rovere, 2012).

En el sentido participativo y de planificación local de la APS, es que se puede pensar en incorporar el abordaje integral de la SS y (no) R, apuntando así, la articulación con otras instituciones en territorio, como escuelas, centros comunitarios y otros espacios (Bosio y Crosetto, 2020). En esta apuesta a instituir nuevos sentidos y prácticas en la APS, respecto a la SS y (no) R, que lleguen a los diversos territorios. Desde su enfoques de derechos y participación colectiva, generar procesos de encuentro entre lo institucional y comunitario. En el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en 1994, se establecen algunos puntos sobre la atención de la salud reproductiva (en la que se incluye la salud sexual) en el contexto de la atención primaria de la salud. En este informe se mencionan algunos puntos que consideramos importantes como los siguientes:

El asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud maternoinfantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de la salud reproductiva (Naciones Unidas, 1994, pp 38-39).

Desde la APS como estrategia podemos acercarnos a la salud de las personas desde una visión más comunitaria, acercándonos con diversas propuestas a los barrios donde se ubican los centros de salud. Con propuestas enfocadas en la promoción, prevención, diagnóstico, etc., la SS y (no)R puede ser trabajada en comunidad y colectivamente. A la vez que ofrece servicios y espacios que no deben ser entendidos solamente desde un

aspecto biológico o reproductivo, sino en su complejidad social. En tanto permite ofrecerles a lxs sujetxs acceso a sus derechos sexuales y (no) reproductivos de manera plena.

Los centros de APS tienen un abordaje más participativo y social sobre la salud de las personas, por lo que servimos de esto permite trabajar con lxs diferentes sujetxs de una manera que abarque en su totalidad diferentes temáticas. Así la APS no minimiza a lxs sujetxs sólo como carentes de atención médica, sino que lxs reconoce en sus potencialidades individuales y colectivas. Esto para entender que no son sujetxs pasivxs ante las injusticias y necesidades.

2.3 El concepto de accesibilidad en el sistema de salud: definición y dimensiones

Entendemos que formar una definición sobre la accesibilidad es difícil por lo que tomamos algunas ideas que plantean en general un mismo camino. Este es el de tomar en cuenta factores sociales, culturales, demográficos, económicos, etc., que hacen a la manera en que las personas acceden a la salud. Existen diferentes conceptualizaciones sobre acceso, pero la mayoría hacen referencia a la utilización de los servicios en un período determinado, teniendo en cuenta que está mediada por otros factores como las necesidades de salud y factores demográficos. Algunos factores comunes en las conceptualizaciones sobre acceso son la distancia y la existencia de los recursos, la cobertura o seguro de salud y el tener un médico definido (Mendoza Sassi y Beria, 2001, como se citó en Ballesteros, 2013). También se tienen en cuenta el período de espera para que den un turno, el tiempo y costo de viaje, el tiempo transcurrido en la sala de espera e interrupciones en la prestación de los servicios (Aday y Andersen, 1974, como se citó en Ballesteros, 2013).

En relación a los diferentes sentidos que se le dan al concepto de acceso, el mismo no es unívoco, pero se puede entender a grandes rasgos algunas de sus utilidades. Una de ellas es para referirse a los mecanismos que dificultan la utilización de los servicios (disponibilidad del servicio, tiempos de espera, distancia, costos), pero también se utiliza para dar cuenta de atributos de la población (la clase social, el ingreso, el nivel educativo, las creencias sobre salud) que conlleven un límite en el acceso a un servicio en un sistema de salud determinado (Ballesteros, 2013). Se puede entender que para Andersen, el concepto de acceso se enfoca en mejoras en el estado de salud y en la satisfacción de los usuarios. El autor remarca la importancia de las características de la población que pueden facilitar la utilización y, por el otro, la relevancia de la percepción del estado de salud, es decir, que el contexto en el que se desarrolla la utilización de servicios va más allá del

sistema de salud.

Andersen plantea el acceso a los servicios de salud en función de tres factores (en Ballesteros, 2013). Estos son: los factores predisponentes, preexistentes al problema y a la utilización de los servicios de salud (demográficos, estructura social y creencias de salud); factores capacitantes, medios disponibles para obtener la atención de salud (comunitarios, personales y familiares) y las necesidades de salud (condiciones de salud percibidas por las personas). Así da cuenta de que el sistema de salud influye en el estado de salud de la población y este en la utilización de los servicios, a su vez los resultados de experiencias previas influyen en futuras utilidades; e incorpora el concepto de acceso efectivo (la utilización del servicio que mejora la salud) y acceso eficiente (relación entre el nivel cambio en la salud y el volumen del servicio utilizado).

Otra forma de entenderlo es a partir de la definición de la Royal Society of Medicine, que lo considera un concepto complejo que se mide a través de “cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan” (como se citó en Fajardo et al., 2015, p. 182). Se tiene en cuenta que el concepto de acceso debe plantearse en tres dimensiones:

- Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etcétera.
- Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
- La existencia de barreras para la utilización de los servicios” (Fajardo et al., 2015, p. 182).

La accesibilidad se puede pensar como una construcción entre los servicios de salud y los sujetos que desean acceder a ellos (Comes y Stolkiner, 2005). Teniendo en cuenta las posibilidades y barreras que se producen en el encuentro entre estos actores, esto se asienta en el hecho de que en un esquema de posibilidades, son los sujetos los que van formando el acceso o no a los servicios. Es por estos que se agregaría a la accesibilidad una dimensión subjetiva de los sujetos y los servicios de salud, produciendo saberes, sentires, percepciones, representaciones en torno al acceso a la salud.

En general, desde diversos autores se entiende el acceso a la salud desde las dimensiones geográficas, económicas, administrativas y culturales. Cuando estas dimensiones se transforman en obstáculos se las conoce como barreras de accesibilidad (Comes y Stolkiner, 2005).

Estas barreras que se mencionan son las siguientes:

- a. Barreras personales. El reconocimiento por el paciente de sus necesidades de

servicios y su necesidad de buscar atención médica representan el primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas del paciente en condiciones similares y las expectativas que tiene en relación con el servicio.

b. Barreras económicas. Particularmente importantes cuando se trata de servicios del sector privado. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica, etcétera.

c. Barreras organizacionales. Diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos.

d. Barreras sociales y culturales. Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos (Fajardo et al., 2015, pp. 182-183).

2. 4 El acceso a la salud sexual en la APS de las mujeres

En el campo de la salud, las mujeres fueron relegadas y subordinadas en cuestiones de accesos y reconocimientos como ya lo hemos expresado. Consideramos que a partir de las estructuras de este sistema capitalista patriarcal, con la desigualdad de género como base de su estructura social, son/ somos las mujeres, quienes atravesamos en gran medida dificultades y obstáculos en torno al acceso a la ciudadanía sexual (Bosio y Crosetto, 2020). Las luchas desde el feminismo en el reconocimiento de los derechos de las mujeres fueron triunfantes en el hecho de la promulgación de distintas leyes y desde el reconocimiento legal de los derechos, sin embargo la mayoría de las normativas no se encontraron contextualizadas a la diversidad de realidades existentes. Así es que, aunque la temática de la SS y (no)R interpela e involucra a diferentes géneros, hemos escogido como sujetxs para trabajar nuestra investigación a las mujeres. Hay una larga distancia entre el derecho plasmado como ley a la puesta en acto de acciones que realmente garanticen y promuevan su alcance a toda la población. Tomamos a las autoras Bosio y Crosetto (2020) en su cita a Estela Grassi, para subrayar que la falta de condiciones de apropiabilidad de los sectores a los que se dirigen las políticas de ampliación de derechos, es uno de los límites para concretar el goce efectivo de los mismo imposibilitando su carácter como tal. Esta situación tiene como consecuencia que las políticas, en ocasiones, sean pensadas como “beneficios” por lxs sujetxs y no como derecho a ser exigido. Se reconoce que las

realidades de todas las mujeres son diversas y el acceso a los DDS y (no) R no siempre se concreta.

Desde el TS, al ser una profesión que se encuentra día a día y literalmente, cara a cara con las problemáticas sociales y lxs sujetxs que las atraviesan, destacamos la gran cantidad de situaciones de imposibilidad del acceso a derechos básicos. Es que, más allá del reconocimiento del derecho, existen otros factores económicos, políticos, sociales, culturales, simbólicos, muy fuertes, estructurantes y determinantes en la vida de las mujeres como sujetx social en sí y en sus posibilidades reales para una SS y (no)integral y de calidad.

Se ha configurado histórica y socialmente a la mujer alrededor de roles de género, es decir desde comportamientos deseables que se establecen de forma diferencial según el sexo asignado, a partir de un conjunto de normas y prescripciones que dictan las distintas sociedades y culturas sobre los comportamientos femeninos y masculinos esperables en un contexto dado. Éstos serán regulados por diversas instituciones como la familia, la escuela, la iglesia, las leyes, las políticas públicas, el sistema sanitario, etc. Por ejemplo a la mujer se le ha adjudicado una mayor habilidad para la crianza, las tareas de cuidado y domésticas solo por el hecho de tener un organismo que le permite engendrar a otro ser humano.

Las valoraciones y creencias culturales fueron construyendo estereotipos de género emitiendo juicios y opiniones sobre las personas, dan por supuesto que la mujer es de por sí: “madre, abuela, quien todo lo hace con amor, tierna, frágil, etc. En comparación opuesta con el hombre varón, a quien también culturalmente, le son atribuidas cualidades para describir su género, de esta manera los hombres serían: “fuertes, neutros, trabajadores, quien toma decisiones, eficientes”, etc.

Los estereotipos de género desde prejuicios universalizan “modos de ser y hacer” de cada sexo, sustentan relaciones de poder que obstaculizan el desarrollo de las potencialidades individuales, producen y reproducen situaciones de discriminación y subordinación de las mujeres, en los distintos ámbitos de la vida privada y pública (Rodríguez, Gonzales y Yañez, 2013).

El campo de la SS y (no)R no está exento de tales consideraciones, en él se disputan diferentes visiones sobre la mujer, siendo nombrada como paciente, beneficiaria, madre, niña, enferma, etc. Las ideas sobre la mujer como madre, quien se encuentra/atraviesa la sexualidad solo para reproducirse y tener hijos, o por amor, como también supuestos que aseguran que la mujer solo mantiene estas relaciones sexuales con

hombres y que estos hombres debieran ser su pareja estable; son prejuicios que culturalmente han estado presentes y se cuelean en ocasiones en diversas prácticas en salud. Visiones biologicistas con marcas de prácticas machistas, patriarcales, religiosas, con lógicas extractivistas, que mantuvieron al sujetx mujer solo como objeto de pertenencia de un otrx, incrementado las desigualdades y operando con efectos de designación y clasificación por donde circula el poder. Generalmente en las instituciones de salud los trabajos en sexualidad desde los consultorios medicxs, obstetricxs, talleres de ESI, se dan desde prácticas y prestaciones de servicios verticalistas, desde paradigmas médico-hegemónicos de salud. Son lxs profesionales quienes bajan, enseñan, otorgan conocimientos a lxs usuarixs, son lxs únicxs detentores del saber, de la toma de decisiones y en consecuencia, la atención y los servicios en salud, se ajustan a las respuestas y estrategias medicalizantes, rutinarias, entrega de medicamentos, recetas, chequeos médicos, etc. Por lo que la articulación y la disputa de perspectivas sobre la SS y (no)R, corre por cuenta de los conocimientos, posiciones y acuerdos que se construyen entre agentes más que por lo que perciben lxs usuarixs o no.

Las estructuras de dominación de este sistema, se reproducen por el trabajo sostenido y continuado al que contribuyen agentes e instituciones, por ello es importante analizar las tomas de posición frente a la problemática. Estas prácticas habilitan o constriñen procesos vinculados al reconocimiento de la SS y (no)R como un derecho en salud y de derechos humanos. Las intervenciones de lxs agentes en salud son configuradoras no solo de habitus institucionales, sino también de habitus referidos a las trayectorias sociales, ideológicas y de sus propios campos profesionales. (Bosio y Crosetto, 2020).

Al respecto, los aportes de Brown (2009, 2014, como se citó en Bosio y Crosetto, 2020) quien aborda desde lo teórico y político la conjunción cuerpo y política, sexualidad y derechos para la construcción de autonomía como punto nodal para la ciudadanía de las mujeres y otredades, nos permite analizar que existen diferentes sentidos que atraviesan los discursos de las/os expertas/os, y mecanismos para efectivizar las prácticas; poniendo en juego las luchas por lo instituido —abroqueladas en discursos y prácticas conservadoras— y lo instituyente, como movimientos y procesos de emancipación social, como rupturas que tienden a repolitizar en tanto son concebidos como derechos de ciudadanía, más precisamente de ciudadanía sexual.

Todos estas maneras de nombrar, van generando significaciones, ya que el lenguaje tiene cargas connotativas desde las cuales se van construyendo relaciones sociales,

posiciones en la sociedad. Siguiendo los planteos de la autora Susana Cazzaniga, quien nos lleva a sostener lo dicho desde la siguiente idea:

pensar/identificar al otro (otra, otre) produce un reconocimiento al hacer presente a los sujetos, pero a la vez el modo en que se lo hace define su (un) lugar, dando cuenta de las condiciones en que se establecerá la propia intervención profesional. (Cazzaniga,2020, p.)

Siguiendo con el planteo de la autora, reconocer al otrx en su condición humana significa reconocer también sus limitaciones y las nuestras. La cuestión pasa por comprender, siempre desde nuestra visión, a cada situación tratando de suspender el juicio antes de la puesta en acto, en otras palabras, sin universalizar a priori, entendiendo que existen condiciones de apropiabilidad diferentes que exigen diferentes decisiones profesionales donde cuenta el otrx su lugar, sus intereses y sus responsabilidades al igual que las responsabilidades institucionales. No existe posibilidad de contribuir a la construcción de subjetividades responsables si no hay contraparte de responsabilidad institucional y social. Son necesarias las condiciones materiales y simbólicas, los recursos humanos, económicos, como también las condiciones simbólicas, culturales.

En resumen, en el campo de la salud se disputan diversas visiones sobre los modelos de atención, algunos desde perspectivas más conservadoras, hegemónicas, biomédicas pero también, en menor medida quizás, otras miradas más integrales, que hacen foco en una autonomía sexual, el ejercicio libre, responsable y placentero de la vida sexual, y en la mujer como sujetx con participación en su bienestar. En este escrito, hacemos presente en la denominación *derechos sexuales y (no) reproductivos*, que las mujeres son sujetxs de disfrute y titulares de derechos sexuales, y no solo reproductivos. Señalamos que nuestra concepción de las mujeres es desde la perspectiva de sujetx de derecho y de género, como eje fundamental y necesario. Pensamos a las mujeres como sujetas- ciudadanas- actoras en la sociedad, con capacidad de producir y ser producidas, de decidir, que esa decisión sea influyente, son personas que tienen la posibilidad de elegir sobre sus propios cuerpos y deseos, sin el deber de responder a imposiciones culturales como el ser madre, heterosexual, etc.

CAPÍTULO III: Los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos como encuadre normativo

3.1 Los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos: categorías conceptuales, debates y recorrido histórico hasta la actualidad

Cuando hablamos de derechos humanos no sólo hablamos de las normas como tales, sino de una posición teórica, política y ética, y por ello sostenemos a lo largo de este proceso que el acceso a la salud sexual y (no) reproductiva debe darse a partir de la garantía de los derechos sexuales y (no) reproductivos porque son derechos humanos esenciales.

El acceso a estos DD S y (no) R permite el ejercicio de ciudadanía sexual de las personas, entendiendo a ésta como un sistema de derechos humanos. El concepto de ciudadanía sexual propone un giro al histórico concepto de ciudadanía que incluía los derechos universales que generalmente pertenecían a los varones, blancos y propietarios. Ahora es pensada desde aquellas luchas de mujeres, lesbianas, gays, travestis, transexuales, transgéneros por el reconocimiento de sus identidades de género y sexualidades, el poder decidir sobre sus propios cuerpos, posicionarse como ciudadanxs plenxs, libres y en dignidad. El reconocimiento de estos derechos sexuales permite ampliar otros derechos políticos ,civiles, sociales, económicos y culturales que pertenecen a las personas (Bosio y Crosetto, 2020).

Nos parece pertinente plantear la ciudadanía sexual desde una vision feminista alrededor del cuerpo y las voces de lxs sujexs. La penalizacion del aborto y los obstaculos para su acceso desde el sistema de salud implican una ciudadanía incompleta, limitando justamente las voces y cuerpos de lxs sujetxs. Una ciudadanía incompleta que concibe las prácticas sexuales sólo vinculadas a la reproducción biológica y no en el ejercicio libre de la sexualidad. Es importante tener en cuenta que la ciudadanía sexual como contenido de las leyes y normativas que se materializan en políticas públicas, siempre está en constantes

disputas y conflictos en materia política y discursiva. Estos discursos y procesos de discusión ponen en disputa las categorías de géneros, sexualidades y el poder, que se han manifestado en las definiciones y sentidos de lo que se entiende por DDS y (no) R. Con el paso del tiempo hubo una evolución de los derechos humanos, esto permitió que constantemente el contenido y el sentido de cada derecho se ampliará y se sumarán otros nuevos como derechos humanos indispensables. Incluso la incorporación de generaciones de derechos humanos, la agrupación o reagrupación de algunos derechos humanos ya reconocidos para conformar un nuevo derecho humano. Para la inclusión de los DDS y (no) R hubo un importante papel del movimiento de las mujeres, feminismos y diversidades. Tomando a Brown (2008), y profundizando lo expuesto en el capítulo I de este escrito desde los años 60', uno de los ejes emancipatorios sobre el que las mujeres reclamaban era en torno a la sexualidad. Pregonaban por separar la sexualidad de la procreación, desplazando la idea de que la maternidad era el único destino para las mujeres, por lo tanto no era el único papel que podían desempeñar en la sociedad (Brown, 2008). Las feministas intentaron plantear que las mujeres eran sujetxs y ciudadanxs, independientemente de su capacidad reproductiva, con el fin de lograr la autonomía, la autodeterminación y la libertad de las mismas. De esta manera, desarraigando el control que tenía el patriarcado sobre el cuerpo de las mujeres y sus capacidades sexuales y (no) reproductivas que generan su subordinación (Brown, 2008).

Siguiendo a Brown (2008), desde estas ideas, las demandas en los años 60' y 70' giraban en relación al aborto libre y gratuito, la capacidad de las mujeres de decidir sobre su propio cuerpo, el placer, el goce en el ejercicio de la sexualidad, amor libre, revolución sexual y anticonceptivos. Estas luchas estaban centradas en Estados Unidos y en las democracias europeas, y alrededor del final de la edad de oro del capitalismo, las demandas de las mujeres y las feministas en Latinoamérica adquieren otros sentidos. La región vivía tiempos de revolución social y el arrasamiento de las dictaduras, que obstaculizaron estos reclamos y luchas. Las reivindicaciones emancipadoras respecto a los cuerpos de las mujeres recién tendrían lugar con el retorno democrático en los ochenta (Brown, 2008). Estos elementos influyeron en el cambio discursivo desde el reclamo por legalización/despenalización del aborto hacia derechos/salud reproductiva. Es así que, las preocupaciones políticas de la época respecto a las condiciones de fecundidad y cuerpos de las mujeres como factores del desarrollo económico cambiaron. Esta cuestión y las alternativas discutidas fueron introducidas en el paradigma de los derechos humanos, como derechos de las parejas y las familias (Brown, 2008).

De ese modo, el tema de los derechos reproductivos fue incluido en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán en 1968, donde fue acordado que la planificación familiar era un derecho de las parejas y las familias. Luego, el asunto fue tratado en la Conferencia Internacional de Población en Bucarest en 1974, en la que igualmente definieron como derecho de las parejas y los individuos de decidir la cantidad y el momento para tener o no hijos/as. Durante el año 1979, en la Convención sobre Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Mujeres, fue incorporado como un derecho básico de las mujeres. En este documento los derechos reproductivos de las mujeres son reconocidos en varios artículos, algunos de ellos como el derecho a tener acceso a información, educación y los medios para el ejercicio efectivo de los mismos. En el año 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, los Estados participantes reconocieron que la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias; así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones (Brown, 2008). Esto representó un cambio de paradigmas respecto a los programas de planificación familiar, que colocaban a la mujer en el centro del planeamiento reproductivo. Por consiguiente, empezó a reconocerse que la salud reproductiva y sexual tenían que entenderse en el marco de los derechos humanos desde una perspectiva de género.

A pesar de estos avances en materia de derechos internacionales, en los países periféricos se producían violaciones a los derechos de *planificación familiar*. Las mismas atentaban en su mayoría a mujeres, quienes sufrían esterilizaciones forzadas y falta de acceso a métodos con información adecuada y suficiente (Brown, 2008). Estas situaciones y el impulso del movimiento de las mujeres, gestaron un movimiento por los derechos y la salud reproductiva de las mujeres. A raíz de esto, a inicios de los 80', a causa de una reunión internacional de mujeres realizada en Amsterdam fue creada la Red Mundial por los Derechos Reproductivos.

A su vez, en el año 1984 fundaron en Colombia La Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe, otro movimiento por la salud de las mujeres, principalmente la salud reproductiva de las mujeres (Brown, 2008). El conjunto de fuerzas de estas redes ante la OMS y otros organismos lograron que la noción de planificación familiar vaya dejando lugar a la de *salud reproductiva*, noción que fue reconstruida y pensada en periodos consiguientes.

La salud reproductiva en este periodo es definida como:

...un estado general de bienestar mental y social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Esto entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho humano del hombre y la mujer a obtener información sobre métodos para regular la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros y eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas tienen las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Plataforma de Acción, 1995, párr. 94).

Esta definición de salud reproductiva contemplada en las declaraciones de El Cairo y Beijing no incluye a la interrupción voluntaria del embarazo como uno de los aspectos de la salud reproductiva. Esto en respuesta a la controversia que causaba en las conferencias debido a la posición del Vaticano sobre la misma (Brown, 2008). Aun así, el Programa de Acción de El Cairo se propuso avanzar sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Esta conferencia fue un punto de fragmentación, porque incorporó una definición explícita de derechos reproductivos en el marco de los derechos humanos. Teniendo como propósito la salud como un derecho básico, proponen como líneas de acción la reducción de los índices de mortalidad materna y garantizar el acceso universal a la salud reproductiva. Es importante remarcar el papel esencial de los movimientos de mujeres y feminismos para incorporar el término derechos reproductivos, gracias a la movilización y presión en las conferencias internacionales. Aun cuando estaba presente la puja de de fuerzas entre las dinámicas de los mismos movimientos, del norte y sur, sus relaciones con los distintos Estados nacionales y otros actores sociales.

Por su parte, la salud sexual es definida por la OMS como: “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad” (OMS, s.f, párr.1). Además hace referencia a la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, sin ningún tipo de violencia, coacción o discriminación alguna. Esta concepción desarrollada por la OMS, es una base importante para reconocer la sexualidad como un derecho, y la libertad y autonomía de las personas para gozar de ella. Pero al mismo tiempo, esta mirada se acerca a una utopía, un ideal de bienestar, que no incluye las luchas y tensiones que atraviesan las personas en torno a su sexualidad. Por lo que tomamos esta concepción como complementaria a la de salud como capacidad de lucha, que mencionamos en un principio. De esta manera, ponemos en diálogo las herramientas brindadas por la OMS para la comprensión y el planteo de la salud sexual, con una complejidad social que no alcanza a definir en su teoría. La OMS define los siguientes conceptos: sexo, sexualidad y derechos sexuales. El sexo se entiende como las características biológicas que definen a las personas como hombre o mujer, pero que no se excluyen mutuamente, ya que hay personas que poseen ambas características (OMS, 2018). La sexualidad se entiende como un aspecto del ser humano que abarca “el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción” (OMS, 2018, p. 3). Expresada y sentida a través de pensamientos, creencias, prácticas, roles, etc. La sexualidad está influida por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2018, p.3)

En resumen, como describe la autora, la entrada de la denominación derechos reproductivos en el marco de los derechos surgió por la lucha de los feminismos por el aborto en los países centrales. Pero también, en la lucha contra políticas de natalidad, planificación familiar, etc., que atentaban contra los cuerpos y decisiones de las mujeres, y de ciertas minorías en los países periféricos. Entonces podemos decir, que el término DDS y (no) R incluye: “1) la seguridad en la reproducción, y los eventos relacionados con ello; 2) anticoncepción y aborto, los aspectos de la opción no reproductiva; 3) el libre ejercicio de la sexualidad (Brown, 2008, p. 20).” Aun así en los debates históricos no hubo consenso respecto al aborto o a las sexualidades no heteronormativas. Esta falta de discusión producía que en la agenda pública y política, la imagen de la mujer ligada a la de la maternidad, sea la misma, al igual que las sexualidades no heteronormativas. Pero las resistencias a estos discursos gestaron las nuevas concepciones y sentidos que constituyen hoy la idea de DDS y (no) R.

En cuanto a políticas públicas, mencionaremos las políticas de control de población, como un punto de partida para entender los cambios en cómo se ha abordado la SS y (no) R. Estas políticas, en las décadas 60' y 70', se basaban en el control de la natalidad y distribución de métodos anticonceptivos. Estas estrategias se daban frente al crecimiento desmedido de la población, que limitaba el desarrollo económico y social, y amenazaba el medio ambiente. Debido a la reacción negativa ante estas medidas, se llegó a la conclusión de que una visión reducida de la planificación familiar sin considerar las condiciones sociales, sería ineficiente (Zamberlin, 2004). En 1978 la OMS, al tiempo que reconocía la importancia de la planificación familiar, abogó por su agregación coordinada a la salud materno infantil en la atención primaria. Esto significó una mirada más amplia e integral en cuanto a la salud reproductiva, contemplando la planificación familiar, la atención a las madres, niños, niñas y adolescentes, abortos, embarazos no deseados, la infertilidad, etc. En la década de 1980, se emprendieron iniciativas como Supervivencia Infantil y la de Maternidad sin riesgo, que contribuyen a una visión más abarcativa de la reproductividad (Zamberlin, 2004, p.46). Finalmente, el ICPD en 1994, significó un gran hito en la consagración de la salud (no) reproductiva como derecho. El movimiento de mujeres jugó un papel importante en el cambio de paradigmas de estas políticas. En Argentina, desde el retorno de la democracia, se fue incorporando paulatinamente el acceso a los DDS y (no) R en la agenda pública. Aunque las políticas y programas se caracterizaban por ser pronatalistas y restrictivas, se fueron modificando permitiendo una mayor integralidad. Aun cuando en este periodo se presentaron diversos proyectos de ley en materia de salud (no) reproductiva, estos eran negados a ser debatidos. De todas maneras, esta apertura al tema permitió que en diversas provincias y municipios del país, se empezará un proceso de discusión y sanción de leyes de SS y (no) R. Estas leyes presentaban dificultades organizativas y políticas, y resultaban poco articuladas con otros sectores sociales. Es en el año 2002, donde se data la sanción de una ley de política sexual y reproductiva sostenida y significativa, que crea el programa Nacional de Salud Sexual y Procreacion Responsable (Zamberlin, 2004). La Ley Nacional tiene denominaciones que varían en las distintas provincias pero se mantienen dentro de lo que consideramos el consenso básico en torno a la salud reproductiva. A lo largo de la historia se ha trabajado desde diferentes concepciones, con distintos nombres que algunas veces son utilizadas como sinónimos o de manera indistinta, aunque no lo son. Los movimientos feministas y de mujeres han contribuido a la construcción del concepto y las implicancias de *derechos sexuales y derechos reproductivos*.

A partir de este recorrido, desde una posición de derechos humanos y con perspectiva de género, podemos decir que entendemos por derechos sexuales y (no) reproductivos

Derechos sexuales: se refieren a poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. Todas las personas tenemos derecho a disfrutar de una vida sexual elegida libremente, sin violencia, riesgos ni discriminación.

Derechos reproductivos: todas las personas tenemos derecho a decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. También son derechos recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido (Argentina.gob.ar, s.f).

Es importante aclarar porque en la conceptualización de los derechos reproductivos agregamos el (no) entre paréntesis. Esto es con la intención de “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” (Brown, 2014, como se citó en Matteo, 2015, p.46). Al mismo tiempo, pensando en que los derechos no son sólo (no) reproductivos sino también sexuales, incluyendo y visibilizando otras sexualidades no heterosexuales y no reproductivas. Esta no es solo una forma de lenguaje, sino también una manera de entender y posicionarse teórica y políticamente.

Los DDS y (no) R como los percibimos actualmente incluyen:

1- El derecho a la vida: El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.

2- El derecho a la salud: El derecho a la salud reproductiva

3- El derecho a la libertad, seguridad, e integridad personales: El derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género.

El derecho a vivir libre de la explotación sexual.

4- El derecho a decidir el número e intervalo de hijos: El derecho a la autonomía reproductiva.

El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.

5- El derecho a la intimidad: El derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas (IIDH, 2008, p.26).

Los derechos humanos se han encaminado progresivamente hacia la inclusión y visibilización de cuestiones que afectan a las mujeres y las posicionan en condición de desigualdad. En este sentido, se han incorporado los derechos sexuales y reproductivos en tratados y convenciones internacionales, regionales, leyes nacionales y provinciales. Los mismos se pueden considerar que se ejercen de manera individual o conjunta.

3.2 Marco internacional y nacional que aborda los Derechos sexuales y (no) Reproductivos

Los derechos humanos se han encaminado poco a poco hacia la inclusión y visibilización de cuestiones que afectan a las mujeres y las posicionan en condición de desigualdad. El reconocimiento de los DDS y (no) R como derechos humanos ha sido reciente y no están consagrados en un solo cuerpo normativo, sus fuentes se encuentran en el ámbito internacional en instrumentos y documentos internacionales. En cada país, su sustento está en la Constitución y desarrollado en códigos, leyes, decretos y otras disposiciones, así como en la jurisprudencia de Cortes, Tribunales y jueces que los interpretan y fijan su alcance. Como hemos señalado anteriormente, la movilización de actores feministas y sociales para la consagración de derechos y el cambio de paradigmas fue fundamental para que hoy conozcamos los DDS y (no) R como tales. La incorporación de la perspectiva de género para analizar la realidad ha ido incluyéndose en la teoría y práctica de los derechos humanos. La expansión de los derechos a las mujeres no significa la inclusión de las mismas como una única población, ya que como sujetxs están presentes en todos los sectores de la sociedad.

La constitución nacional como norma suprema determina el contenido de las normas que son aplicadas en las jurisdicciones del territorio argentino. Por lo que, toda norma nacional o provincial debe subyugar a las reglas de la misma. En el art. 22, al igual que en el art. 31 establecen que los tratados y concordatos internacionales tienen jerarquía constitucional, esto quiere decir que son superiores a las leyes, y por lo tanto, las leyes nacionales o provinciales deben adecuarse al contenido de los mismos (CN, 1994).

Desde la reforma constitucional de 1994, es reconocido el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva, incorporados en el artículo 75 inciso 22 en la Constitución

(DELS, 2017). En la misma adoptan el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en el que el Estado está comprometido a asegurar el acceso a información y servicios de salud reproductiva, a propiciar y apoyar las decisiones voluntaria sobre la procreación y métodos anticonceptivos para la planificación familiar, así como asegurar acceso a información y educación sobre los mismos (DELS, 2017). También, se dispone a atender las necesidades en materia de salud reproductiva, respetando la diversidad de las comunidades.

En relación a los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a nivel internacional existen normas como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece en el art. 12 respetar y garantizar el máximo nivel posible de salud sexual y reproductiva (DELS, 2017). La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en la que Considerando que los Estados Partes en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos tienen la obligación de garantizar al hombre y la mujer la igualdad en el goce de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, 1985). En el art. 12, establece que los Estados partes tomarán medidas para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer en el ámbito de la atención médica y garantizar servicios adecuados relacionados con el parto, post parto y una adecuada nutrición durante el embarazo y la lactancia. El art.16 indica garantizar los mismos derechos para hombres y mujeres a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, 1985).

Estos instrumentos provenientes de organismos internacionales, permiten que los distintos gobiernos de los países participantes asuman compromisos y lleven una vigilancia respecto a estos derechos. Como motivo de esto, los gobiernos pueden realizar informes sobre la situación de estos derechos en cada país, que son presentados ante los organismos internacionales. Producto de la adhesión a estos acuerdos cada Estado deberá desarrollar programas que cumplan con los propósitos de los mismos. Esto incluye, entre otras cosas, disponer del número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud. Dichos medios deben contar con los siguientes aspectos: ser accesibles, aceptables y de calidad para todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad conlleva cuatro dimensiones superpuestas: 1) no discriminación 2) accesibilidad física 3)

accesibilidad económica 4) acceso a la información (Dominguez, 2017).

En el plano nacional, como comentamos, ateniéndose a los compromisos con los tratados internacionales, las leyes nacionales en la materia de DDS y (no) R deben seguir los lineamientos de los mismos. Aunque, con los impedimentos siempre presentes, propios de las disputas que ocasionan estos temas en las sociedades, los actores involucrados y los contextos políticos y sociales. Igualmente, el Estado implementó ciertas leyes y/o programas los cuales vamos a mencionar, que hicieron un cambio en el rumbo de la SS y (no)R.

La Ley 24.174 de régimen de asignaciones familiares, sancionada en el año 1996, establece diversos programas como: Asignación por maternidad, Asignación Prenatal, Asignación por Embarazo, Asignación por Nacimiento, Asignación por hijo y Asignación Universal por Hijo (Ley 24.174, 1996). Estos programas implican una protección social que incluye todos los ámbitos de la vida, incluyendo la salud, y proveen mejoras en las condiciones de vida de lxs sujetxs, en su mayoría mujeres, niñxs y adolescentes. El 30 de octubre de 2002 fue sancionada en Argentina la Ley N° 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que formalizó la incorporación, por primera vez, de la SS y (no)R en la agenda de las políticas públicas del Estado argentino. Alrededor de este programa, complementan otras normas y leyes nacionales y provinciales. Dicha ley fue sancionada en el marco del regreso a la democracia, cuando las organizaciones feministas y movimientos de mujeres presionaban para que la SS y (no)R volviera a ser objeto de la agenda política. Las diferentes leyes y programas implementadas en nuestro país adoptaron diferentes nombres, según las posiciones políticas que cada gestión tomará. De esta manera, surgieron denominaciones como *salud reproductiva*, *salud sexual y planificación familiar*, *salud sexual y procreación responsable* (Dominguez, 2018).

La promulgación de estas leyes en el periodo durante el retorno a la democracia, involucró la implementación de programas de SS y (no)R en las diferentes provincias facilitando el acceso a este derecho. El 9 de agosto de 2006 fue sancionada la Ley N° 26.130 de Anticoncepción quirúrgica, que establece el derecho de toda persona mayor de edad de acceder a las prácticas quirúrgicas de ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía como métodos anticonceptivos. En ese mismo año, fue sancionada la Ley Nacional N° 26.150, que establece el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, que dispone la obligatoriedad de impartir contenidos de educación sexual en todos los niveles inicial, primario y secundario, público y privado. La Ley de Educación

Sexual Integral (N° 26.150), sancionada en el año 2006, establece el derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos y privados, nacionales, provinciales y municipales, en el nivel inicial, primario, secundario y de formación docente. Los conocimientos deben ser pertinentes, precisos, confiables y actualizados, articulando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. También en ese año, se sancionó la Ley N° 26.130 de Anticoncepción quirúrgica, que establece el derecho de toda persona mayor de edad de acceder a las prácticas quirúrgicas de ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía como métodos anticonceptivos (Bancos salud, s.f).

En el año 2009, fue sancionada la Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Uno de esos ámbitos es la salud reproductiva, en conformidad con la Ley N° 25.673. De esta manera, garantiza los derechos reconocidos en Convenciones internacionales y leyes nacionales. La Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales (N° 26.485), sancionada en el año 2009, garantiza el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, considera los siguientes tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica y simbólica. Estas formas de violencia pueden tener diferentes modalidades: doméstica (dentro del grupo familiar), institucional (por cualquier miembro de instituciones), laboral (dentro de ámbitos de trabajo públicos o privados), contra la libertad reproductiva (cuando limita los derechos de la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable), obstétrica (ejercida por el personal de salud en los procesos reproductivos), mediática (la que se da en los medios de comunicación).

En el año 2012, la Ley N° 26.743, establece el derecho al reconocimiento de la identidad de género de las personas, consecuentemente el libre desarrollo de su persona y a ser tratada de acuerdo a la misma y garantizar que se reconozcan en los instrumentos que identifican a las personas (Ley 26.743, 2012). Es importante la mención de esta ley, dado que la identidad de género es uno de los componentes que integran la SS y (no) R. En el año 2013 fue adoptado el Consenso de Montevideo, para dar seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Estado está comprometido a través de diversas medidas, a promover, proteger y garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos. El 30 de diciembre de 2020, fue sancionada la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, otro

logro del movimiento feminista y un gran paso en la consagración del derecho a decidir sobre su sexualidad y (no) reproductividad para las mujeres y personas gestantes. Conjuntamente se sancionó la Ley de los Mil Días, que acompaña y asiste durante el embarazo y los primeros tres años de vida a niños y niñas, en situaciones de vulnerabilidad social. La Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, sancionada en el año 2020, garantiza que las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de salud y a la atención post aborto. Incluye también la prevención del embarazo no deseado a través de la ESI, acceso a información y a métodos anticonceptivos eficaces.

Para ubicarnos específicamente en nuestro campo de acción, es pertinente mencionar aquellas normas que rigen en la Provincia de Córdoba y la Provincia de Santa Cruz. En el año 1996 data la Ley N° 8.535 (derogada), encargada de la creación del Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad. La misma garantiza a la población poder elegir con responsabilidad el número y espaciamiento de sus hijos (Facultad de Ciencias Médicas, s.f). Esta misma es derogada, en el año 2002, por la sanción de la Ley N° 9.073, que crea el Programa de Maternidad y Paternidad Responsables. Mediante la Ley N° 9099, se incorpora en su artículo 12 la adhesión de la ley provincial a la Ley Nacional N° 25.673. La ley provincial, establece capacitar a los profesionales de salud en temáticas de educación y asesoramiento sobre procreación y sexualidad. Plantea la realización de campañas de difusión en torno a las temáticas pertinentes. Indica que los profesionales de salud deben brindar un asesoramiento e información completa en cuanto a métodos anticonceptivos; los mismos deben ser reversibles, transitorios, no abortivos. Establece que se implementarán acciones coordinadas interjurisdiccional e intersectorialmente, para cumplir los objetivos de la ley. Prevé la obligación presupuestaria del gobierno provincial para su ejecución (Facultad de Ciencias Médicas, s.f).

La Provincia de Santa Cruz adhiere a las leyes nacionales mencionadas en materia de SS y (no) R. Adhiere a la Ley nacional 25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable mediante la ley N.3175. Esta plantea en el Artículo N 2 la creación del Programa Provincial para el ejercicio de la Salud Sexual Integral y la Procreación Responsable. Elaborado por el Programa Provincial Materno Infantil, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública y aprobado por Resolución N° 2370/09 del Ministerio de Asuntos Sociales. El mismo tiene por objeto garantizar en el ámbito de la provincia de Santa Cruz, el derecho humano de decidir libre y responsablemente las pautas inherentes a su salud sexual y reproductiva, el ejercicio de los derechos sexuales y

reproductivos de mujeres y hombres, la continuidad en la provisión de insumos, la difusión de los alcances del mismo y la capacitación de efectores y usuarias/os, evitando situaciones discriminatorias en perjuicio de los más vulnerables de la sociedad: los niños/as, los/as jóvenes, las mujeres y los más pobres.

En el anexo de esta ley se suscribe que los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos básicos y como ellos son universales, inalienables, intransferibles e interdependientes. Garantizan el acceso de toda la población a la información, orientación y servicios que permitan desarrollar una sexualidad libre y sana. A nivel provincial, el Programa Materno Infantil, promueve la Consejería para que la población pueda tomar decisiones en materia de salud sexual y reproductiva basadas en una elección informada y en ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Ley N 3175, 2010).

Para finalizar el apartado, es importante reflexionar sobre cómo en la construcción de estas leyes y políticas están presentes diversos actores sociales en puja por sus intereses. La consagración de los derechos no se dan de una vez y para siempre. Por esto es frecuente encontrar en disputa concepciones conservadoras y restrictivas de organizaciones religiosas, políticas sobre temas como anticoncepción, aborto y toda decisión sobre la sexualidad o el cuerpo. Por otro lado, las organizaciones de mujeres, disidentes y feministas, que sostienen la libre elección de las personas en cuanto a su sexualidad y (no) reproductividad como un derecho humano básico. Organizaciones que promueven el ejercicio de los derechos libres de discriminación y violencia de todo tipo; trabajando en territorio y conociendo las experiencias de primera mano. Las instituciones de salud son también una voz importante en el debate, con sus concepciones y teorizaciones científicas, sus modelos de atención y formas de adherir a las leyes. Además de la formación que brindan a sus profesionales y el grado de integralidad e interdisciplina que permiten.

El Estado, en todas sus jurisdicciones y ámbitos, juega un papel fundamental en la implementación de leyes y políticas. El sentido y fin que les otorga, el alcance y cobertura que ofrecen. La posición política que toman ante los derechos sexuales y (no) reproductivos y el lugar que le dan en la agenda pública. Igualmente, es importante como los organismos internacionales se han pronunciado ante la desigualdad, discriminación y violencia de género. Los acuerdos y acciones que han adoptado en relación a la SS y (no) R, promoviendo que los diferentes Estados adhieran a establecer políticas con objetivos comunes.

En definitiva, estos actores construyen el campo de la salud, disputando sentidos y

saberes, prácticas y representaciones. En algunas de ellas no se articula la perspectiva de género con otras condiciones sociales. De modo que, es importante un enfoque multidisciplinar, que incorpore la categoría de género como análisis de las diferencias que determinan la salud, atención, enfermedad y la muerte. Transformando y desnaturalizando de esta manera las teorías y prácticas intervencionistas en el campo.

3.3 Políticas públicas y programas implementados en los territorios de investigación. La situación durante la pandemia

Como una línea de conocimiento y exploración nos interesó indagar la situación actual de las políticas y programas en SS y (no) R en contexto de pandemia en las localidades de Cosquín y Río Turbio. A través de la descripción de estos programas queremos dar cuenta de cuáles estrategias y con qué espacios cuentan y contaban las mujeres de cada localidad para el acceso a SS y (no) R, saber desde qué políticas sociales se enfrentó el trabajo en los centros de salud con respecto a la temática analizada en el contexto sanitario de emergencia por covid-19.

Como encuadre general señalamos que estos territorios en los que desarrollamos las prácticas de investigación son nuestras ciudades de pertenencia natal, en las cuales escogimos dos CIC donde se trabaja con SS y (no) R. Esta selección fue debido a las razones de contexto de emergencia sanitaria mencionadas anteriormente.

La ciudad de Cosquín pertenece al departamento de Punilla de la provincia de Córdoba. Es reconocida por sus atractivos turísticos, el paisaje serrano y de ríos, y el famoso Festival Nacional de Folklore. Según el último censo del año 2010 la población de la ciudad es de unos 40.800 habitantes (Cosquín, 2022). Mientras que al sur del país, encontramos la ciudad de Río Turbio perteneciente al departamento Güer Aike, que se ubica en la provincia de Santa Cruz. Ciudad reconocida por los yacimientos carboníferos, se encuentra en el medio de la Ruta Provincial 20, cerca de la Ruta Nacional RN 40 y de la RN 293, a 301 km de la ciudad de Río Gallegos, capital provincial (Río Turbio, 2022). En el último censo que se realizó en el año 2010, datan una cantidad de 8814 habitantes.

Como podemos notar ambas ciudades tienen sus diferencias, una ubicada al centro del país la otra en el sur, sus actividades económicas y culturales son diferentes, paisajes distintos y densidad de población diferente. Aun así, como grupo encontramos semejanzas por las cuales fundamentar esta investigación y en las respuestas a las preguntas que nos orientan, que compartiremos luego. Estas semejanzas responden a que ambas localidades del interior de las provincias presentan ciertas condiciones a la hora de desenvolverse para realizar una investigación e inserción académica. Estos elementos refieren a la ausencia de prácticas académicas anteriores de TS en estas localidades, como las que deseábamos desarrollar, por lo que el proceso de inserción fue un poco dificultoso. En este sentido, es que no contábamos con antecedentes de investigaciones desde las ciencias sociales en estos temas o antecedentes de experiencias realizadas por estudiantes de la facultad.

Los espacios donde se sitúa la investigación social en estas ciudades, tienen lugar en el Área de géneros de la Dirección de Desarrollo y Promoción social perteneciente a la Municipalidad de Cosquín, además en coordinación con el CIC *Eva Perón* de la ciudad; mientras que en Río Turbio, fue el CIC *Padre Mugica*, dependiente de la Municipalidad de Río Turbio. La temática y objetivos de investigación fueron los mismos para cada espacio, pero como hemos dicho cada uno tiene sus propias características y un contexto social particular que define e interpela a los sujetos usuarios, a los profesionales, y en el cual las instituciones se desenvuelven.

En la provincia de Córdoba, durante la pandemia y sobre la emergencia de que un gran porcentaje de mujeres no se estaba acercando a los servicios de salud por miedo al covid 19, según palabras del personal de la salud, se implementaron políticas al respecto. Una de ellas es el Plan de Salud Integral para las Mujeres (SIM), que funciona en articulación con los Ministerios de Salud y de la Mujer, está destinado a garantizar el acceso y cuidado de la salud de la mujer. El programa consiste en servicios de consejería telefónica, protección de la embarazada y su bebé, prevención del cáncer de mama y cérvico uterino, adicciones y de violencia de género (Muchelli Lopez, 2020). La consejería telefónica es una línea gratuita telefónica y de whatsapp a las que se puede acudir ante la necesidad de anticonceptivos y la consiguiente derivación al primer nivel de atención para su provisión y seguimiento; asimismo, para solicitar el KIT de profilaxis post-exposición a víctimas de abuso sexual (Muchelli Lopez, 2020).

La Protección de la embarazada consiste en la detección temprana del embarazo y su control ya sea en instituciones privadas o públicas. Para esta línea es importante el aporte de la Asignación por Embarazo Córdoba, que suman un monto adicional igual a un mes de asignación por embarazo a las mujeres que ingresaron al plan con dos meses de gestación. Además, se hace una entrega mensual de dos leches enteras fortificadas hasta el parto, medicamentos gratuitos a través de las farmacias, un ajuar para la embarazada y el bebé, y un neceser con preservativos y anticonceptivos para la lactancia. La Detección y tratamiento al cáncer se dirigen a activar en los Hospitales Provinciales turnos para la realización de papanicolau, colposcopia, ecografía mamaria y mamografía. El recorrido de los mamógrafos móviles y campañas de difusión para reforzar los controles para detección precoz y tratamiento del cáncer de mama y cáncer cérvico uterino. En cuanto a las Adicciones se trabaja en campañas para concientizar sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas diversas durante el embarazo y lactancia. La Prevención de Violencia propiciará detectar indicadores de violencia de género desde la atención primaria de la salud, y la activación de Protocolos de Actuación ante estas situaciones en el sistema de salud público. En ese caso, se hará una derivación al Polo Integral de la Mujer, para trabajar en cada situación (Muchelli Lopez, 2020).

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA) , una política pública que plantea una intervención integral e intersectorial sobre el embarazo no intencional en la adolescencia. Córdoba es una de las provincias priorizadas para el desarrollo del plan, al tener una tasa de embarazo no intencional en la adolescencia elevado. El Plan ENIA parte de reconocer el impacto que el embarazo no intencional puede tener en la vida de lxs adolescentes, así como el derecho de ellas y ellos. Está propuesta se basó en un enfoque de derechos, género y equidad social, y en los derechos reconocidos en el marco normativo de Argentina. Algunas intervenciones que se encuentran en el marco del plan son ESI2, asesorías de salud integral en la adolescencia en escuelas secundarias, consejerías en salud sexual y reproductiva y provisión de métodos anticonceptivos con énfasis en los de larga duración, dispositivo de base comunitaria y dispositivo de acceso a la justicia (Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2019).

El Programa Punto Mujer Córdoba destinado a la instalación de centros estratégicos de promoción, prevención, asesoramiento, asistencia integral y protección en ámbitos públicos y privados para mujeres, constituye un espacio seguro de orientación, acompañamiento y contención ante el acoso, abusos, agresiones y otras situaciones de violencia de género (DECRETO 155/2020, art. 3). Este programa de descentralización territorial se implementa desde el Ministerio de la Mujer del Gobierno de Córdoba y alcanza a 98 localidades de la provincia. Se articula con diferentes actores de la sociedad civil de cada localidad para abordar situaciones de violencia de género. Una de sus líneas de trabajo es facilitar el acceso a otras propuestas del Ministerio, entre las que se encuentra Salud Integral para las Mujeres (SIN), Protección de la Embarazada y su bebé, Cuarto mes de licencia por maternidad, etc (Muchelli Lopez, 2020). Estos programas son los que funcionan activamente durante los años 2002-2021 en la ciudad de Cosquín, en materia de SS y (no)R para las mujeres, articulados desde el Área de Géneros. Los mismos representan un buen avance en protección, específicamente de la embarazada, debido a que las consejerías en SSR y (no)R no han funcionado como tal durante la pandemia, según palabras de la coordinadora del área.

El Área de Géneros es coordinada por una trabajadora social, y cuenta con dos psicólogxs. Surge originalmente como un programa de la Municipalidad de Cosquín en los años 2015/2016, durante el año 2017 es creada el área como tal. Algunos de los programas que trabajan actualmente desde el área son: intervención integral en violencia, crianzas libres de violencia, diversidad y disidencias sexuales, folklore con perspectiva de género, formación y capacitación en perspectiva de género, otras masculinidades posibles y promoción de derechos humanos El trabajo del área es interinstitucional, coordinando con instituciones educativas, unidad judicial, guardia urbana, unidad de constatación (pertenece al polo de la mujer), y el hospital municipal (E-R2-C). Estas articulaciones sirven para abordar situaciones de violencia intrafamiliar, de género, infantil, etc., y llevar a cabo actividades enmarcadas en políticas públicas y programas. También existe una intersectorialidad que apunta al trabajo conjunto de localidades de la zona como Santa Maria, Cosquin y Bialeto Masse. Este trabajo se refiere principalmente a talleres de ESI en las escuelas públicas en articulación con instituciones de la salud, promoviendo los derechos reproductivos y derechos sexuales en su integralidad (E-R2-C). Entonces, las estrategias del área se basan en el abordaje individual, con la realización de entrevistas por turno previo, y trabajos en grupo con beneficiarixs de algunos de los programas. Así como grupos de varones y grupos de mujeres donde se trabaja la violencia de género. Otra

estrategia es la capacitación de lxs distintxs profesionales de la salud, municipal, de guardia urbana, educativo, etc., en el marco de los diversos programas con los que se trabajan.

La pandemia y sus restricciones interrumpieron las actividades e intervenciones que realizaban en torno a la SS y (no)R, y todas las actividades en general. Ante esto, la atención estaba centrada principalmente en el asesoramiento, consulta y acompañamiento desde vía telefónica, o la programación de turnos individuales (E-R1-C). Por otro lado, se focalizaron en programas de asistencia, como el SIM, con una asignación de efectivo, entrega de leches y otros recursos para embarazadas. Los talleres en materia de SS y (no)R, estuvieron en suspensión durante el año 2020, y cuando planificaron algunas actividades para principios del 2021, tuvieron que cancelarse debido a las nuevas medidas de restricción. Las consejerías, que antes funcionaban en los tres grandes centros de salud de la ciudad, también dejaron de funcionar como tal, debido a que centraron todos los recursos en la atención del covid-19 (E-R1-C). En palabras de la referente, las mujeres se han visto impedidas de acceder a controles y anticonceptivos, por la falta de turnos o la programación espaciada. En este sentido, menciona que durante la pandemia, hubo muchos embarazos no deseados o no planificados, y algunos de ellos en relaciones violentas o de mujeres que han quedado solas después de realizar una denuncia (E-R1-C).

Por otro lado, en el Hospital Provincial Domingo Funes, única institución apta para realizar intervenciones quirúrgicas para una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), lxs profesionales firmaron el convenio de objeción de conciencia, ante lo cual aquellas personas que quieran acceder a una IVE deben ser derivadas a la Ciudad de Córdoba. A la vez, comenta el personal de salud de la localidad que muchas mujeres les consultan sobre porque no realizan ligaduras de trompas en el Hospital Provincial, aludiendo a que los médicos le piden algún tipo de certificado (E-R3-C). Estas situaciones implican un problema para muchas mujeres, ya que al ser un hospital regional y la única institución pública que realiza estas prácticas, conllevan obstáculo para acceder a estos programas, por lo tanto a sus derechos.

En el municipio de Río Turbio nos insertamos en el Centro Integrador Comunitario, la educadora para la Salud comentó que ella trabaja en conjunto con otrxs profesionales desde algunos programas/planes. En el año 2020 y en lo que va del 2021 podemos mencionar: el Plan SUMAR, programa nacional y provincial, asistencia, promoción y prevención de la Salud, el Plan ENÍA con un trabajo en el CIC desde una mirada integral e intersectorial para buscar prevenir los embarazos no intencionales en la

adolescencia es un proyecto que se está armando para ser implementado en un tiempo cercano. También fue inaugurado un “Consultorio “Amigx”, “amigable”, que trata de la inclusión con un equipo interdisciplinario en cuanto a promoción y asistencia. Vale aclarar que con la pandemia atravesando el contexto social de la ciudad, algunos proyectos que se realizaban, fueron suspendidos, ya que la atención sanitaria fue abocada en su mayor medida a la enfermedad por coronavirus.

Desde la Secretaría de Desarrollo Social en la ciudad implementan el programa acompañar, que es de jurisdicción nacional , el cual está dirigido a mujeres y a la comunidad LGBTI+ en situación de violencia de género de todo el país. El objetivo principal es fortalecer la independencia económica de estos sectores de la sociedad. Consiste en el apoyo económico equivalente al salario mínimo, vital y móvil por 6 meses consecutivos a mujeres y LGTBI+ que se encuentren en situación de violencia de género. En la misma línea proponen un acompañamiento integral y acceso a dispositivos de fortalecimiento psicosocial para las personas incluidas en el programa (Argentina.gob.ar, s.f).

El CIC *Padre Mugica* (CIC), es un centro de atención primaria de la salud, que brinda servicios de promoción y prevención de la salud desde un abordaje comunitario. En el área de la SS y (no)R desarrollaron diferentes trabajos para con la comunidad, como un “consultorio móvil” prenatal para instituciones educativas. Esto con el objetivo de que cuando las jóvenes estén cursando un embarazo no tuvieran que abandonar el colegio; talleres en colegios de la ciudad donde se hacían buzones anónimos para saber que dudas, preguntas, que tuvieran lxs estudiantes y luego trabajar con estrategias lúdicas sobre ello, también los lxs madres y padres. Los consultorios en el centro de salud para el seguimiento y preparación de las embarazadas; consultorio a adolescentes, personas de todas las edades en general, que quieran acceder a información sobre sexualidad, también funcionado a cargo del equipo de trabajo de la institución. Además la entrega de medicamentos era una prioridad con el fin de facilitarlos (E-R1-RT²). En el mes de Septiembre del año 2021 reanudaron algunas actividades, como talleres de ESI, hacia diferentes instituciones que lo soliciten. En estos proyectos participan desde el equipo de trabajo conformado por la educadora para la salud y la obstetra del CIC. En la propuesta del aumento de la participación de la comunidad, realizan ofrecimientos mediante notas a distintas instituciones de la ciudad, en su mayoría escuelas, para realizar las charlas y

² Referencia a registro de entrevista codificada en anexo 1

talleres informativos. Al mismo tiempo la obstetra realiza consultorios individuales, en su mayoría de información sobre anticonceptivos y los seguimientos para embarazadas. Estas acciones fueron ampliándose a medida que las disposiciones sanitarias lo permitían, según el estado epidemiológico de la ciudad.

Cabe destacar que en el CIC no hay trabajadorxs sociales, lo que es una cuestión que nos resultó importante indagar y sobre la que reflexionaremos posteriormente. Por ahora en este apartado nos parece bueno reflexionar sobre el porqué en un trabajo comunitario como el que se propone, no está presente una de las profesiones que se especializa en ello. Asimismo la referente del CIC comenta:

La idea de nuestro CIC es ir a nuestros territorios. Desde ahí armamos los talleres, las campañas, reforzamos eso (...) Trabajamos con la obstetra. Estamos limitados con los MAC, pocos anticonceptivos podemos proveer, porque de eso se encarga el hospital, en insumos dependemos del hospital. A veces no nos proveen, esa es una de las barreras. Pero después consejerías y talleres si se realizan (EC-R).

3.4 Situación de los derechos sexuales y (no) reproductivos durante la pandemia por covid -19

Siguiendo un informe realizado por la División de Asuntos de Género de la CEPAL, en el año 2020, sobre los impactos del covid-19 en la vida de las mujeres durante la pandemia, podemos resumir algunos ejes para demostrar éstos. La concentración de los recursos de la salud pública en la contención de la enfermedad, hizo que disminuyera los recursos a otras áreas de la salud. Otro factor es que el trabajo de cuidado de las mujeres aumentó por la disminución de los recursos y sobrecarga de trabajo no remunerado, debido a las medidas de aislamiento.

Las dificultades que hacía frente la región de Latinoamérica y el Caribe con algunos asuntos, es acentuada en la pandemia. Como ejemplo está el posible aumento del embarazo adolescente. El incremento de la mortalidad materna, por las limitaciones a la atención de la salud reproductiva, especialmente entre ciertas poblaciones, como las mujeres indígenas y afrodescendientes. El aumento de la demanda insatisfecha de planificación familiar, debido a los obstáculos para el acceso a métodos anticonceptivos. El avance en el control del VIH/SIDA logrado en la región en los últimos años, puede retroceder debido a la falta de acceso a los medicamentos y a la disminución de los servicios de detección y consejería. Aquellos países que contaban con servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo han disminuido sus atenciones debido a la reasignación de recursos presupuestados y la atención de la población afectada por el COVID-19 (División de Asuntos de Género, CEPAL, 2020). Estas perturbaciones al ejercicio de los derechos o al acceso a los servicios de salud, son importantes tenerlas en cuenta para contar con un panorama de la situación de las mujeres en el ejercicio de sus derechos.

Situándonos específicamente en el país, tomamos algunos datos que nos parecen importantes para reflejar la situación de los DDs y (no)R del informe realizado por el Ministerio de Salud de Argentina sobre el impacto de la pandemia en los servicios de SS y (no)R. En el mismo describen el impacto de la pandemia sobre la oferta de servicios de SSy(no)R, discriminando el tipo de servicios de salud según; la colocación de métodos de larga duración (LARC), si dispensaba métodos anticonceptivos hormonales, implementan ILE, si dispensaba anticoncepción de emergencia y/o preservativos, ya que no en todos los servicios de salud se colocan LARC ni se realiza ILE (Sanchez Cabezas, 2021).

Como manifiesta el informe, incluso antes de la pandemia estos derechos no eran garantizados de forma homogénea por todos los servicios de salud; lo que resaltó durante la pandemia estas diferencias. Algunas provincias durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), sostuvieron la misma cantidad de efectores de SS y (no) R que antes de la pandemia, mientras que en otras hubo una caída notoria. La prestación que sufrió el mayor impacto fue la colocación de LARC, que estuvo suspendida en varias provincias durante las primeras semanas del ASPO. Luego la situación en agosto de 2020, empieza a mejorar, cuando todas las provincias vuelven a garantizar estas prestaciones, e incluso, en varias de ellas se incrementaron los efectores que brindan estas prestaciones en comparación a la pre pandemia (Sanchez Cabezas, 2021).

Aun así la colocación de LARC fue la prestación que padeció una mayor caída, aun con el aumento de cobertura en agosto siguió por debajo de las otras prestaciones. En el comienzo de la ASPO, nueve provincias suspendieron en su totalidad la colocación de LARC. El descenso en la colocación de estos métodos no solo se debió al el impacto de la pandemia sobre la oferta, sino también a las dificultades en la circulación por el aislamiento social preventivo y obligatorio o a las precauciones de las personas a concurrir a los servicios de salud por temor al contagio, sino también por la disminución en la realización de operativos móviles de consejerías y colocación de LARC, o la menor disponibilidad de profesionales para realizar las prácticas (Sanchez Cabezas, 2021).

En cuanto a los MAC, fue la prestación que se mantuvo más estable durante el periodo del ASPO ya que en 17 de las provincias se dispensaba MAC de corta duración en más del 75% de los servicios de SSR, y en solo en 4 de ellas las prestaciones sufrieron una baja más significativa, entre las cuales solo un 50-75% de los servicios dispensaron este insumo (Sanchez Cabezas, 2021). La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación hacia envió a todas las provincias, a través del Programa Remediar, un botiquín de MAC de corta duración a los centros de salud, para garantizar esta prestación.

La ILE, que al inicio de la pandemia estaba reglamentada bajo determinadas causales, se realizó en casi todas las provincias en más de un 75% de los efectores que la realizaban en el período anterior a la pandemia. Sin embargo, es importante resaltar que la cantidad de efectores que realizan esta prestación es considerablemente menor a la cantidad de efectores que garantizan las demás prestaciones vinculadas a SSR. En algunas provincias solo hay entre 1 y 3 efectores que realizan ILE, que en general se encuentran en las capitales (Sanchez Cabezas, 2021).

Respecto a otras prestaciones de la SS y (no) R, como la anticoncepción hormonal de emergencia, en todos los casos se informó su disponibilidad de manera constante. En el caso de la anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE), esta estuvo garantizada a través de la colocación de implantes y DIU, mientras que, en la mayoría de las provincias, la anticoncepción quirúrgica se suspendió, incluso las que estaban programadas. Solo en algunas provincias se realizó en casos de partos con cesárea (Sanchez Cabezas, 2021).

En la Sistematización de la información relevada por provincia realizada en el informe podemos resaltar algunos puntos sobre las provincias en que situamos nuestras prácticas. En Córdoba en la estrategia de SS y (no) R, el programa provincial continuó con los lineamientos generales según lo planificado: distribución de insumos, capacitaciones, difusión y comunicación. En cuanto a la distribución de LARC se repartieron desde el depósito provincial a los efectores de salud. Se priorizó a los efectores del Programa de SSR y Adolescencia en los hospitales provinciales. El informe plantea algunos puntos para describir la situación en cada provincia. Estos son: la disponibilidad de insumos, en la provincia la AIPE fue garantizada mediante implantes y DIU. En la institucionalización se elaboró el documento “Lineamientos de trabajo para el primer nivel de atención”. En la articulación, se trabajó con el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, en el marco del “Plan de emergencia humanitaria en violencia de género”. También con organizaciones territoriales, para la entrega de preservativos y anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en barrios vulnerables. Flexibilización: el fortalecimiento del equipo provincial de la línea 0800. La Entrega de MAC de corta duración por 3 meses. El control exhaustivo de stock de insumos. Otros puntos a destacar como estrategias de comunicación virtuales o en redes sociales para el asesoramiento, consejería y derivación en materia de SS y (no) R (Sanchez Cabezas, 2021).

Respecto a Santa Cruz, para la elaboración del informe la Coordinación General de Maternidad Infancia y Adolescencia se encontraba sin responsable directo. Según comunicaciones informales, el equipo de dicha coordinación planteó que ninguna localidad suspendió la entrega de insumos de salud sexual. Siguieron prestando servicio los 40 efectores de primer nivel de atención que habitualmente entregaban LARC y MAC de corta duración.

Durante el año 2020 el Estado argentino, ante la crisis de emergencia sanitaria por el virus del síndrome respiratorio agudo grave “coronavirus 2” (SARS-CoV-2), declaró medidas de aislamiento social y obligatorio para controlar la transmisión del virus. Dicha situación conlleva la suspensión de actividades no esenciales y el cambio de habitar los espacios. Esto tuvo consecuencias en términos de prestación y accesibilidad a los diferentes servicios, entre los que se encuentran los servicios de salud. Esta situación planteó un desafío extra para asegurar el ejercicio de los derechos de SS y (no)R. En su mayoría, y sino toda la atención en salud, estuvo vinculada a la contención de la propagación de la enfermedad, pasando a segundo plano algunas cuestiones de otros servicios, como la SS y (no)R. Las medidas de confinamiento estricto, el distanciamiento social obligatorio, el cierre de establecimientos, la suspensión de los servicios, acentuaron las problemáticas sociales y económicas en el país. Esto puso de manifiesto las desigualdades, y en lo que refiere al acceso a la atención de la SS y (no) R, para impactar desproporcionadamente en la salud y el bienestar de las personas. En la misma línea, las poblaciones más vulnerables, como las mujeres, jóvenes y niñas, atravesaron con mayor desprotección las consecuencias económicas y sociales de esta pandemia (NU. CEPAL, 2021).

Las mujeres de las localidades en las que nos insertamos sufrieron particularmente estas desigualdades y vulneraciones, en el ámbito económico, simbólico y accesibilidad a ciertos servicios. En el proceso de indagación e inserción en los espacios institucionales y territorios, pudimos tener un acercamiento con las mujeres, como sujetas de derechos. Entre conversaciones en los pasillos de las instituciones, las entrevistas y observaciones, pudimos captar los sentidos y conocimientos que poseen las mujeres sobre las políticas y derechos en materia de SS y (no)R. Las mujeres de estos territorios acuden a los centros de salud o CIC por atención de su salud, y a su vez, para la búsqueda de recursos como alimentos, información sobre programas, medicamentos; asistencia a campañas, talleres; o por contención y protección ante situaciones vulnerables o de violencia. Durante la pandemia, las políticas de asistencia fueron un gran refuerzo para la protección económica y social ante la falta de empleo, los despidos, la inflación y el confinamiento. Dado que las mujeres entrevistadas de ambas localidades perciben la AUH, debido a su situación socioeconómica, o fueron beneficiadas con otros programas durante la pandemia.

A partir de las campañas realizadas desde las diferentes áreas de salud, muchas mujeres solicitan realizar ciertos controles o estudios, como también mediante la divulgación de actividades, las mujeres se acercan por controles como el PAP o mamografías, que en su cotidianeidad dejan de lado. Las mujeres cuando acuden a los CIC para realizarse controles suelen estar acompañadas por sus hijxs, debido a que en la mayoría de los casos son las que se ocupan del cuidado de lxs mismxs. A su vez, generalmente son ellas quienes asisten para llevar a sus hijxs cuando estos necesitan de atención médica, e igualmente para consultar por recursos para lxs mismxs. Por esto, y en razón de los factores socioeconómicos que la mayoría comparte, representan parte esencial las políticas públicas que abarcan un gran universo de necesidades y sujetxs. Al mismo tiempo, comparten saberes sobre a qué instituciones o actores sociales pueden acercarse para recolectar información y recursos.

CAPÍTULO IV. La investigación en Trabajo Social. Decisiones metodológicas y análisis de datos

4.1 Aprendiendo a investigar en Trabajo Social. Aportes al campo problemático desde la investigación-acción

Entendemos que el Trabajo Social es una profesión de intervención fundada, y a su vez también una disciplina de producción de conocimiento sobre lo social. En ella juegan dimensiones teóricas, metodológicas y ética-políticas, desde las cuales va fundamentándose la legitimidad de la misma. Aun cuando la investigación sea una dimensión aún emergente en la formación académica, creemos importante remarcar la misma como parte fundamental del campo profesional. Nuestra profesión utiliza conocimientos producidos por otras disciplinas, además de los propios, esto no quita el hecho de que puede y debe producir los propios. Como estudiantes es nueva la práctica de investigar y a la vez provocar acciones de cambio en el mismo proceso, por lo que con este trabajo deseamos aportar desde la investigación- acción a la esfera del TS.

Sería importante que como disciplina de las Ciencias Sociales tomemos de la investigación los aportes para generar teorías y conocimientos sobre los objetos en los que intervenimos. Como indican las autoras Acevedo y Peralta (2020), la profesión está constituida por tres componentes: el práctico, teórico e ideológico. El elemento teórico es el que le otorga la especificidad al TS, que da cuenta en el conjunto de conocimientos que hacen a nuestro campo y sobre los que fundamentamos nuestra intervención; el componente práctico da cuenta de las invenciones y acciones sobre la realidad social y el ideológico hace referencia a las valoraciones sobre esta realidad en las que nos posicionamos. Estos componentes están entrelazados en nuestro campo y se articulan entre sí, haciendo que una necesite de la otra. Hacemos uso de los mismos constantemente en nuestra intervención, aunque lo que le da su especificidad a la misma es la teoría, por esto es que necesitamos generar teorías sobre los objetos con los que trabajamos.

El objeto de nuestra profesión se ubica en torno a las manifestaciones de la cuestión social que obstaculizan e influyen en la vida de lxs sujetxs. Las condiciones del sistema hacen que lxs sujetxs busquen satisfactores para sus necesidades que son escasos o inaccesibles para ciertas poblaciones. En la producción y reproducción de la existencia del sistema capitalista es posible identificar un campo de exclusiones y contradicciones centrados en la relación capital-trabajo, como así también en la dominación sexista, patriarcal, colonial y extractivista (Acevedo y Peralta, 2020). Estas exclusiones se trasladan desde el ámbito privado y pasan a ser cuestiones del ámbito público, ahí es donde son objeto de políticas públicas y puede insertarse el TS. Dadas estas características de la realidad en la que nuestra profesión suele ubicarse, creemos que es necesario trascender la condición de Trabajo Social como una práctica profesional destinada solo a intervenir y sistematizar su hacer, reivindicando e impulsando la producción de conocimiento como dimensión constitutiva de la profesión; consideramos que ello nos permitirá ejercitar una relativa autonomía teórica, práctica y política (Acevedo y Peralta, 2020, p.162).

El objeto en tanto objeto de investigación lo construimos en el proceso de búsqueda de respuestas ante una pregunta, problema o temática social. Como plantean las autoras “investigación e intervención son dos dimensiones importantes y fundantes de la práctica profesional, aún es débil el lazo que existe entre las cuestiones que abordamos como problemas/objetos de intervención y su conversión en objeto de conocimiento” (Acevedo y Peralta, p. 167). En tanto el objeto de investigación nos permite conocer y/o comprender, el objeto de intervención nos lleva a cambiar y/o transformar. Estos se relacionan en que la producción del conocimiento nos permite ampliar las miradas sobre el objeto de intervención, y en el proceso de intervención podemos plantearnos nuevos problema, preguntas y temas de investigación.

De esta manera, desde nuestra pregunta de investigación buscamos analizar profundamente la información recolectada y las experiencias en las que participamos para dar argumentaciones interpretativas y explicativas. No solamente la investigación nos lleva a captar y estudiar, sino también intervenir, generar acciones en los procesos y prácticas sociales. Estas acciones de cambio y producción de saberes se pueden dar en tres esferas de conocimiento que definen la especificidad del TS. Siguiendo a Acevedo y Peralta (2020) uno de los campos es en el que lxs sujetxs buscan estrategias de resolución de su vida cotidiana, haciendo uso de los capitales que disponen para la generación de satisfactores. Aquí es importante la capacidad de escucha y observación para recuperar las prácticas, saberes y recursos que lxs sujetxs ponen en juego en la lucha por sus necesidades. Otro campo es el de la emergencia de las políticas sociales, cuando los procesos de lucha y voces de lxs sujetxs irrumpen en el espacio público, y hacen eco de ello en la agenda pública. El tercer campo, relacionado con este, es el de la implementación de estas políticas sociales y su impacto en la vida de lxs sujetxs.

Deseamos potenciar en el TS la relación investigación-intervención, superar esa noción de que nuestra disciplina está abocada solamente al *hacer*, desde un carácter mero instrumental. Cuando sus aportes al campo de la investigación son y pueden ser muy ricos, pueden servir a generar nuevas concepciones y saberes. Como señalan las autoras , hay una relación sinérgica entre problemas intervención y problemas de investigación, debido a su base fundamental que es la teoría. Buscamos superar la oposición binaria entre conocer y actuar, para poder pensarnos como intérpretes desde un lugar teórico y también político (Acevedo y Peralta, 2020).

La investigación acción participativa (IAP) fue un abordaje metodológico que nos planteamos para desarrollar este proceso de investigación, aunque no lo pudimos llevar a cabo como planteamos o deseábamos porque nos encontramos con obstáculos que impidieron nuestra presencialidad al 100% como investigadoras. Las situaciones de aislamiento y distanciamiento social, en conjunto con las dinámicas de las instituciones y asuntos organizacionales retrasaron nuestro vínculo con las mismas, sin embargo reformulamos estrategias y acciones para seguir con énfasis de generar conocimiento de los espacios/territorios en cuestión. Buscamos estar presentes mediante la asistencia a los centros de salud, en actividades/ talleres tanto virtuales como presenciales, en reuniones de equipo, también en los espacios comunes, buscando vincularnos lo más posible con las instituciones y las mujeres. Realizamos entrevistas abiertas/en profundidad a mujeres y referentes; observaciones participantes en talleres, reuniones, capacitaciones; observaciones de las dinámicas en cada CIC; consejerías de oportunidad³ como una estrategia para realizar en los CIC de cada localidad. Esta se realiza en espacios individuales, privados y confidenciales. La oportunidad en la asistencia, refiere a que durante la atención de cualquier situación de salud puede desarrollarse una consejería en salud sexual y/o reproductiva, se cuenta con menor cantidad de tiempo y puede ser que la realización de la misma no surja a partir de la demanda de la persona usuaria sino a partir del ofrecimiento del equipo de Salud. Aun así, permite generar un vínculo de confianza que habilite las demandas en relación con las necesidades de las personas (DELS, 2017). Como estudiantes, utilizamos esta estrategia ubicándonos en los espacios comunes del CIC (pasillos, salas de espera, etc) con diversos folletos sobre DDS y (no) R puestos a disposición por lxs referentes. Esto facilitó el acercamiento a las mujeres que concurrirán al CIC, para conversar sobre cuestiones respecto a la temática, o aquellas que ellas expresaran como falta de turnos, métodos anticonceptivos, entrega de medicamentos, leche, etc.

³ En el anexo 3 de este escrito, presentamos imágenes sobre las actividades presentadas o llevadas a cabo.

Como características de la investigación acción participativa, podemos destacar principalmente que requiere de una acción como parte fundamental del proceso (Colmenares, 2012). Otra característica es que los actores sociales poseen un papel más participativo, donde pueden identificar necesidades o potenciales problemas por investigar, en la toma de decisiones, en los procesos de reflexión y acción, y como beneficiarios de las soluciones o respuestas. Los procedimientos utilizados como observaciones participantes, talleres, etc., tienen un foco más participativo en este abordaje, la cualidad de la reflexión constante y crítica sobre el proceso (Colmenares, 2012).

De esta manera planteamos el acercamiento a la estrategia de la IAP como un método con el que pudimos conocer y actuar en este proceso, con el objetivo de permitir que tanto las referentes de las instituciones como las mujeres con quienes tuvimos relación pudieran mirar de manera analítica y comprensiva la realidad social particular por la cual estábamos atravesando, a la vez que, los problemas, necesidades, recursos, capacidades, potencialidades y limitaciones. Esta posición de conocimiento ante la realidad, permite además reflexionar sobre la ejecución de distintas acciones para transformar o mejorar las dificultades, pensar y construir estrategias de reproducción (Colmenares, 2012).

Es nuestro deseo, a partir de esta investigación, aportar mediante conocimientos académicos a la visibilización de la problemática del acceso a la SS y (no) R para las mujeres, desde el reconocimiento de la importancia de sus percepciones sobre la realidad que viven. Poniendo énfasis en que los diálogos de saberes generados en la puesta en acto de las prácticas cotidianas construyen otros saberes y rediseñan maneras de hacer y de saber. Por lo que conocer los modos en que las mujeres usuarias de los servicios de los CAPS, ponen en juego saberes y prácticas para la resolución de la reproducción social, de su salud reproductiva, es nuestra fuente de datos principal. Creemos que de esta manera se pone en relevancia la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos en los ámbitos institucionales, sociales y domésticos.

Principalmente en estas localidades donde no suele llegar nuestra carrera desde una mirada investigativa, poder otorgarle un espacio a estas voces y realidades es a lo que se aspira. Consideramos que la temática del acceso a la Salud Sexual y Reproductiva es un asunto pertinente y relevante para incorporar en los estudios de investigación en la disciplina del TS. Es una realidad que a pesar de las normativas proteccionistas de los derechos sexuales y (no) reproductivos, estos mismos son vulnerados a las personas y la accesibilidad no siempre es efectiva. Desde el TS podemos aportar conocimientos o argumentaciones sobre las situaciones que atraviesan las personas en la vulneración de estos derechos. Comprendemos que los problemas sobre la Ss y (no)R son complejos, y que su estado fue agravado en esta situación extraordinaria de pandemia. Por esto es que las preocupaciones principales giran sobre si las mujeres están en condiciones de acceder a la información necesaria, a los servicios, y a recursos suficientes y de calidad. Es desde estos lineamientos que consideramos la necesidad de indagar sobre la cuestión del acceso a la SS y (no)R, porque creemos que este derecho fundamental para la vida de todxs fue relegado a causa de emergencias del momento.

4.2 Construcción del diseño metodológico. Enfoque cualitativo de la investigación, variables conceptuales, análisis de los datos

Luego del proceso de investigación y el análisis de los datos desde las entrevistas realizadas a las mujeres de Cosquín y Río Turbio, pudimos conocer que ciertas poblaciones recibieron respuestas insuficientes a sus demandas en lo que respecta a la SS y (no) R. Además, luego de una búsqueda exhaustiva de antecedentes, de trabajos de investigación que hayan abordado la temática en estas localidades y teniendo en cuenta el contexto emergente de la pandemia por covid-19 del cual tampoco había información situada, concluimos en que lo más pertinente era encarar la investigación desde la exploración.

Elegimos realizar la investigación desde un enfoque cualitativo, para buscar captar los aspectos relevantes de la realidad analizada durante el transcurso de la investigación. Desde este enfoque, nos apropiamos de las herramientas que nos proporciona la investigación-acción para acercarnos al campo del conocimiento de una manera transformadora.

La unidad de análisis del estudio fue: mujeres que acceden a los servicios de la SS y (no) R en la atención primaria de la salud de las localidades Cosquín y Río Turbio, en un rango etario de 18 a 50 años. En función del carácter de la investigación, las técnicas de

recolección de información y registro en este proceso fueron observaciones en visitas a las instituciones y /o a encuentros de actividades relacionadas con la temática, anotaciones en cuaderno de campo, entrevistas en profundidad, grabaciones , estrategias de vinculación en consejerías de oportunidad en espacios comunes de los CIC⁴.

Para la realización de entrevistas en profundidad, la muestra fue de carácter no probabilística, debido a la selección informal de sujetos mujeres usuarias vinculadas con los centros de prácticas. De esta manera, seleccionamos 5 mujeres de cada localidad que asisten a centros de atención primaria de la salud, para realizar entrevistas abiertas/en profundidad.

Tomamos a Vasilachis de Gialdino (2006), para caracterizar a la investigación cualitativa por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado y producido; por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento, por sus relatos. Por las particularidades del método, la dimensión interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva. Por considerar la aplicación de un análisis y explicación flexibles y sensibles al contexto social en el que los datos son producidos. Asimismo, por la práctica real, situada, y en un proceso interactivo en el que intervienen tanto el investigador, como los participantes. La finalidad de este es descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente, proveer nuevas perspectivas sobre lo que se conoce, describe, explica, elucida, construye y descubre (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Este abordaje posibilita las descripciones detalladas sobre personas, situaciones, eventos, interacciones y comportamientos observables. A su vez respetando y teniendo en cuenta lo que lxs participantes de la investigación dicen, piensan y sienten, como también sus experiencias, actitudes, creencias y reflexiones desde su propia palabra. Asimismo, los sentidos que lxs mismos le dan a estos actos, experiencias e ideas (Ballesteros, 2012).

Estas estrategias y las herramientas elegidas para implementarlas buscan aportar a la lucha por la redistribución y por el reconocimiento de ciertas poblaciones o sectores subalternos. Cómo considera Fraser (2008) la injusticia de género se puede abordar mediante un enfoque que engloba tanto una política de redistribución como una política de reconocimiento. El carácter bidimensional del género alude a que la reparación de la injusticia de género exige cambiar tanto la estructura económica como el orden de estatus de la sociedad.

⁴ Ver modelo de entrevista en Anexo 2

Una investigación feminista intenta visibilizar las condiciones de género de las mujeres o de los hombres y sus relaciones. El enfoque feminista en una investigación puede variar, pero hay temas que son recurrentes: la construcción social del género, las experiencias diversas de las mujeres, el contexto de las preguntas de investigación, la posición de quien investiga, las relaciones entre las investigaciones y la dinámica del poder. El enfoque feminista entiende que el género es una construcción social, y esto sirve para analizar y criticar el sistema social dado. Pero como remarca la autora, utilizar principalmente la categoría de género en esta metodología es problemático y desenfoca la mirada de otras categorías como raza, clase, religión, etnicidad u orientación sexual, que igualmente son constitutivas de las experiencias personales. Si tomamos la categoría género como única mirada analítica, e ignoramos estas otras categorías mencionadas puede significar que se encubren otras formas de dominación. Por esta razón, estas categorías que sirven para explicar las formas de opresión, dominación y desigualdad, tienen que ser problematizadas y contextualizadas.

Para Ballesteros (2012), la investigación acción participativa permite entender la categoría de género en relación con otras categorías de análisis y reconocer cómo las voces de las mujeres son silenciadas y devaluadas. Esta herramienta implica la reflexividad y reflexión, valorar las emociones y los sentimientos, la intersubjetividad entre investigadores e investigadxs y sus condiciones de vida. Considerar las voces y experiencias de las mujeres como parte importante del proceso, implica que las mismas sean productoras de conocimientos, participantes en propuestas de transformación y cambios. El sujeto social es también sujeto de conocimiento y sentimientos, entender su realidad, lo que viven, sienten y experimentan forma parte del objeto.

La IAP considera generar cambios y transformaciones a situaciones en las que se dan condiciones de subordinación, opresión, discriminación y sexismo de las mujeres. Esta herramienta es amplia porque considera no sólo captar las voces de lxs sujetxs, sino que utiliza observación sistemática para registrar las acciones de las personas en contextos culturales específicos. La observación nos posibilita caracterizar los espacios en los que se desarrollan las relaciones, vínculos, las formas de organización y las condiciones del contexto. Asimismo, la búsqueda y análisis de documentos es esencial debido a que proporcionan un panorama de la institucionalidad, normativas y funcionamiento en cada territorio.

Para finalizar con los aportes de esta autora, la investigación feminista es un proceso político e ideológico de práctica intelectual y de práctica transformadora. Recabar

información a partir de las observaciones, entrevistas, lecturas de documentos y contrastar con los marcos teóricos en los que se fundamenta el proceso, permite generar categorías de análisis para explicar las relaciones y experiencias sociales. Esto es lo que nos proponemos realizar con la información recolectada durante el proceso de investigación sobre las experiencias de las mujeres respecto al campo temático. Lograr analizar esta información resaltando las propias voces de las mujeres y contactar con las teorías desarrolladas para generar un análisis crítico que responda a nuestros objetivos. Alcanzar reconstruir y resignificar los sentidos de lxs sujetxs sobre sus experiencias , poner en diálogo las diferentes estrategias de reproducción social y su mundo subjetivo.

El proceso de investigación que llevamos a cabo durante este tiempo llega a su punto crucial en el momento del análisis de datos. Debido a que el enfoque de nuestra investigación es cualitativa, precisamos un análisis que permita enunciar proposiciones a partir de estos datos y darle significados. Para realizar este proceso tomaremos algunos de los momentos señalados por Navarrete (2011) que nos servirán como orientación para realizar el análisis de datos. Estos momentos conllevan la reducción de datos, el análisis y la interpretación, en el cada uno contiene pasos específicos. La reducción de datos se refiere a la recolección y resumen de aquellos datos a ser analizados. Luego proseguiremos con categorizar estos datos reducidos, a partir de nuestras categorías teóricas definidas, según la información obtenida luego del proceso de indagación. Estas dos tareas nos ayudarán a dividir la información recolectada en los cuadernos de campo y las entrevistas abiertas en unidades temáticas. El paso siguiente es la tabulación que nos permite representar de manera resumida los datos cualitativos categorizados en matrices, que es un herramienta a la que podemos recurrir para facilitar el análisis.

El análisis descriptivo es el momento en que reflexionamos sobre los significados de estos datos obtenidos. Este se desarrollará en tanto nos permita inferir enunciados y significados descriptivos de los datos de los que partimos. Finalmente, como paso siguiente la interpretación para darle contenido de carácter conceptual y explicativo a los datos cualitativos analizados.

Desde nuestros objetivos partimos de los siguientes ejes para construir categorías de análisis como variables y dimensiones, como una herramienta para analizar las distintas entrevistas a las mujeres usuarias de los servicios de salud y a las referentes institucionales de cada CIC. Estas son esquematizadas mediante una matriz, desde la cual se codifican los datos sobre los cuales se basa el análisis del acceso a la SS y (no)R, según las experiencias

de las mujeres que es realizado en el siguiente capítulo⁵.

CAPÍTULO V . Resultados de la investigación. El acceso a la SS y (no) R desde las experiencias y percepciones de las mujeres, análisis desde el Trabajo Social

5.1 La Salud Sexual y (no) Reproductiva desde la APS situada: CIC Padre Mugica Río Turbio, Santa Cruz - CIC Eva Perón, Cosquín, Córdoba

Como primer eje afirmamos que si bien a la mujer le fueron negados los DDS y (no) R por muchos años, ha habido un gran recorrido en términos de consagración de los mismos, como lo es su reconocimiento, exigibilidad, etc. Las realidades han cambiado y hoy por hoy, son mujeres quienes más se acercan a los centros de atención en salud por demandas en concreto. En nuestro trabajo de campo caracterizamos las demandas que tienen las mujeres hacia el sistema de salud, en este caso en la atención primaria y las respuestas que él mismo les brinda.

Una agente de salud del CIC Padre Mugica, en una de las entrevistas realizadas, aporta a este eje diciendo:

Se trabaja mucho con embarazadas, en talleres de preparación para embarazadas para toda la comunidad. Teníamos consultorios prenatales, para seguir el embarazo en los colegios también, para que las chicas no abandonen. Las demandas concretas que tenemos son por anticonceptivos, y son realizadas por mujeres, son las que más vienen.

Por su parte en el CIC Eva Perón, una trabajadora de la salud, ha hecho alusión en acuerdo con la mayor presencia de mujeres a la hora de demandar los servicios, señalando:

Las mujeres son las que se acercan siempre para cuidarse, buscar información, y hacerse controles médicos. En estos tiempos donde están más presentes los debates sobre la sexualidad, el aborto y otros temas, se acercan más los jóvenes. Mayormente adolescentes, que también son madres a esa edad.

⁵ Ver en anexo 4

Mediante las entrevistas realizadas a lxs profesionales y a las mujeres usuarias, obtuvimos datos que expresaron que, en las instituciones que nos insertamos, las demandas de las mujeres son sobre servicios de control de la salud sexual, sobre la no reproducción, anticonceptivos, información, visitas médicas a ginecologxs, obstetrxs , medicxs generalistas, etc. En algunos momentos en que presenciamos los CAPS pudimos observar y señalar mediante el registro en el cuaderno de campo, que se dan discursos respecto a las decisiones y obligaciones de las mujeres sobre su vida sexual. Profesionales de distintas disciplinas se refieren a las mujeres como madres, se les carga individualmente la responsabilidad por las condiciones de lxs hijxs, por la cantidad de hijxs, por la decisión de cuidarse o no, haciendo alusión solamente a su carácter reproductivo.

En cuanto al tipo de conocimiento sobre los DDS y (no) R que tienen las mujeres , podemos sostener, a partir de observaciones y entrevistas realizadas, que ellas no conciben los DDS y (no) R como tales en el sentido objetivo de la norma o ley que los materializa, aunque tienen conocimiento sobre lo que refiere a los MAC o la sexualidad, pero no conocen en su totalidad qué aspectos de su vida abarcan. Podemos decir que no conocen en profundidad de los mismos o como normas y leyes a ser cumplidas, pero que son sujetxs potenciales a exigirlos. Conocen sobre los derechos que atienden sus necesidades específicas, como por ejemplo, sobre el poder de decisión, que ningún profesional puede coartar/ restringir, la decisión de solicitar ligadura de trompas o acceder a recetas para anticonceptivos. Sobre lo que sí hay expresiones de las mujeres es sobre la calidad del acceso a las instituciones de la salud y la atención en las mismas, su valoración la plantean como aceptable pero con falencia y reconocen que merecen una atención de calidad, un trato seguro y respetuoso.

Para finalizar, explicitamos los pronunciamientos de las mujeres con respecto a lo que venimos desarrollando:

(...)Para mi el derecho sexual es que cada persona elija qué orientación sexual quiere cada uno con lo cual las personas deciden crear un hijo o adoptar y cada uno decide tener o no tener un hijo (E-U1-C)

(...)Es de disfrutar de una vida sexual libremente. Sin violencia ni riesgos (E-U2-C)

(...)Pienso que son los que están relacionados con la libertad de las personas , a decidir sobre su sexualidad (E-U3-C)

(...)los derechos de los humanos....que te enseñan como es la sexualidad y eso (E-U4-C)

(.....) si tengo acceso a información sobre sexualidad y eso.(E-U5-C)

(.....) Si tenía conocimiento de lo que son las enfermedades de transmisión sexual eso me lo explicaron digamos en el secundario cuando termine. Del HPV , después del SIDA digamos, no me acuerdo de otro (E-R1-RT)

(...)De conocer los derechos yo realmente si tengo que responder si si o sino , te digo no. Porque realmente nunca me puse a leer sobre el tema, ni nada viste (E-U2-RT)

(...)Sabes que cuando tuve a mi segundo hijo acá en el hospital me dieron una ficha para llenar y era como un consentimiento de ligadura de trompas. Que yo charlando con mi esposo y que se yo estaba convencida para firmarlo... Pero en la hora del parto , la ginecóloga me habla, me dice , sos joven, podes hacerlo después, mira si te separas , quieres tener otros hijos, otra familia, viste... medio como que me convenció y no lo hice. .. Se que es mi derecho, pero se que hubiera podido decidirlo sola , osea el ruido me hizo después de que ella haya hablado con los dos (marido). Pero si, eso depende de mí... Eso hoy lo digo, hoy me doy cuenta (E-U3-RT)

5.2 Análisis de las experiencias de las mujeres en torno al acceso a Salud Sexual y (no) Reproductiva , en contexto de pandemia por covid-19. Un antes y un después

Luego de todo el proceso de investigación realizado pudimos conocer, a partir de la percepción de las mujeres que con la irrupción de la pandemia por covid-19 en el año 2020, gran cantidad de políticas públicas, programas sociales, como también acciones y líneas de trabajo que se llevaban adelante quedaron suspendidas. En consecuencia también todo lo que tiene que ver con la SS y (no)R. Esto fue manifestado en diversos encuentros presenciales y virtuales con las referentes de los CAPS y en las entrevistas realizadas con las mujeres. Allí se ha hecho referencia reiteradamente que la pandemia fue un antes y un después, ya sea en la posibilidad del acceso como también en las formas de acceder a los servicios. Señalaron que si bien se podía acceder a los CIC a retirar medicamentos como anticonceptivos y a seguimientos médicos para embarazadas, otras necesidades respecto a consultas específicas, solicitud de información, acciones de campañas, etc., quedaron por fuera.

En este contexto sanitario se suspendieron acciones de promoción y prevención realizadas con la comunidad, también espacios de contención para personas en situación de vulnerabilidad social. Esto fue crucial teniendo en cuenta que las sujetas con las que nos vinculamos pertenecen a un sector social determinado como clase media/ baja. Dicha categorización según lo manifestado por ellas mismas, a partir de responder ítems en las entrevistas con respecto a su ocupación/actividad, expresando que se encuentran en trabajos precarizados o no tienen uno directamente. Las mujeres entrevistadas son madres, y en su mayoría se dedican exclusivamente al cuidado de sus hijxs. Algunas no poseen casa propia, o ingreso formal; en su mayoría perciben algunos programas sociales. En el marco de la pandemia tuvieron que afrontar no solo necesidades y carencias económicas, sino también la falta de disponibilidad de los servicios básicos. Las mujeres manifiestan que acceder a los MAC se mantuvo y de manera aceptable, pero en algunos casos debieron cambiar sus métodos por el faltante de otros. En el caso de la ciudad de Cosquín, los CAPS ubicados en los barrios fueron esenciales para acercar los servicios de salud a la comunidad en un momento de restricción. Las mujeres manifiestan que buscan allí realizar sus controles de embarazo, búsqueda de MAC y asistir a diversas consultas durante la pandemia, por un tema de cercanía, y no en hospitales. Una de las dificultades que ha sido reiterada es la de poder obtener turnos, que estos sean espaciados entre sí, o la mala gestión de la atención virtual para los mismos. Señalan también, la insuficiencia de profesionales para atender las demandas, en conjunto con la limitación de ciertas especialidades en los centros de salud u hospitales locales como ginecologxs, obstetrxs, etc.

Todos estos elementos descritos constituyen lo que fue la accesibilidad a los servicios de SS y (no) R durante la pandemia. Respecto a estas situaciones que venimos comentando, algunos comentarios fueron:

(...) La pandemia cambio todo, de un momento a otro no pudimos seguir con los proyectos que teníamos, se suspendió todo, había que cuidarse (E-R1-RT)

(...) Cuando iba por inyecciones no había, y tuve que cambiar a las pastillas que si había (...)había que pedir turnos con tiempo, y no daban muchos (E-U4-C).

(...)En la pandemia como que se cortó bastante el tema de los turnos de la ginecóloga y todo eso. Era todo venir a pedir los anticonceptivos y listo. Yo me cuido con un parche . En la pandemia no había (E-U2-RT)

5.3 Barreras en el acceso a la Salud Sexual y (no) Reproductiva

Con respecto a las barreras/ dificultades para el acceso a los SS y (no) R en los servicios de atención primaria de la salud de las ciudades de Río Turbio y Cosquín, concluimos desde la información recabada, en que existen, y que analíticamente pueden dividirse en dos tipos. Por un lado, las barreras simbólicas para el acceso, expresadas en situaciones como la escasa información o divulgación de actividades que pudiesen realizarse en los CIC, que no alcanza a todas las mujeres por lo que no pueden acercarse o conocer de las mismas. Otra situación es el poco conocimiento que dicen poseer las propias usuarias, sobre sus DDS y (no) R como tales. Interpretamos como un problema la barrera simbólica que existe entre lxs usuarixs, quienes narran el proceso automatizado que realizan para la obtención de anticonceptivos y medicamentos, para con lxs profesionales de la salud. Expresan que la modalidad consiste en ir al CIC en un horario específico, dirigirse a la mesa de entrada y en ella dejar el nombre de su MAC, número de obra social y un celular; al otro día lo retira para ir a una farmacia.

Por otro lado, existen barreras materiales, con respecto a la gran falta de recursos que tiene la salud en atención primaria. La falta de profesionales y especialistas ha sido expresada en su gran mayoría por las mujeres, problema que deriva en otros; largos tiempos de espera para la obtención de turnos, sin posibilidad de consultas particulares o el establecimiento de algún vínculo para construir una atención desde una mirada más abierta. Por otro lado la situación económica que atraviesan las usuarias ha sido expresada como una dificultad para trasladarse a las instituciones, o buscar otras alternativas de atención - privadas- cuando no hay respuestas en estos centros.

Reflexión de algunas mujeres entrevistadas respecto a lo dicho:

(...) Hay falta de profesionales, falta de turnos pasa casi siempre aca. Es difícil, no se tenes que... conseguis una vez al mes más o menos. Si te tenes que hacer un PAP, osea tenes que pedir turno para la semana que viene y capas llega ese día y no te atienden, te lo pasan para el otro mes. (E-U4-RT)

(...) Hubo muchos cambios en la atención del CIC. Falta de recursos, espera y falta de turnos. Nunca se conseguían turnos o no te responden el teléfono. (E-U3-C)

Como resultado de la investigación e interpretación del proceso nos interesa señalar que el abordaje de la SS y (no)R desde una perspectiva integral en los CIC, si bien forma parte de la política de salud que proyectan, en el contexto de pandemia y durante el tiempo en que fue realizado este trabajo, solo se pudo reconocer en talleres brindados a las escuelas.

Los trabajos con la comunidad, en general, se realizaron muy escasamente. Observamos que en los CAPS prima la atención desde lógicas en consultorios individualistas, en el seguimiento de embarazos, en la gestión de recursos materiales como lo son los MAC , bolsones de alimentos, etc. Las necesidades de las mujeres no son atendidas en su totalidad, a la hora de decidir las políticas a trabajar, no se consulta qué es lo que realmente viven como problemática.

El acceso a los métodos anticonceptivos es garantizado con dificultades acordes a la coyuntura política y económica no sólo municipal, sino también nacional. En este punto señalamos que la percepción de las mujeres sobre la calidad de atención responde no solo a los condicionantes de la pandemia, sino de gestiones anteriores. Problemas estructurales, que van desde recursos humanos a materiales y que dificultan el acceso a la salud pública, que vienen desde hace tiempo.

Para llegar a estas consideraciones, se trató de habilitar a que las personas tomen la palabra para expresar sus demandas en relación con sus necesidades, esto a partir de conversaciones y entrevistas en profundidad. Citamos sus expresiones más concretas respecto a la calidad del acceso para fundamentar lo expuesto hasta aquí:

(...) La salud sexual en general, no es ni buena ni mala . Intermedio, porque con el tema de los turnos y a veces ponele q no se , quieres hacerte algún estudio y no hay. Por ej; la mamografía eso no hay. (E-U2-RT)

(...) Bueno a mi aca me parece que de un tiempo acá se toma conciencia de que es necesario abrir eso.. que deje de ser secreto o tabú , pecado , algo malo.. Me parece que no está sabiendo el Estado cómo manejar la situación igual. Hay muchas mujeres que son mamás sin querer .. lo vemos en el jardín... mamas jovencitas, desbordadas, viste.. con dos o 3 chicos, que seguramente si hubieran podido elegir antes no hubiera sido así.. (E-U3-RT)

(...) La SS y no R en cuanto a políticas me parece que no es suficiente, que todavía no le dan a la tecla viste porque pueden poner preservativos pero no es esa..me parece que no es por ahí. Estaría bueno que hayan esos espacios sobre todo para saber cómo contener e informar bien, que sea útil.. (E-U5-RT)

(...) A mi me parece que es mala , porque no hay profesionales, por ej no se consigue turno para el ginecólogo y obstetra tampoco... (E-U1-RT)

(...) Yo creo que en eso estamos muy atrás.. porque fijate que acá en Río Turbio hay un ginecólogo para todas las mujeres. Imaginate que yo que tengo planificado no tener más hijos, me quiero hacer una ligadura de trompas y no puedo

porque el médico no está atendiendo, no hace consultorios. Las obstetras igual, hacen lo que pueden.. son pocas. El acceso a la salud sexual y (no) reproductiva acá en la cuenca, es mala... (E-U4-RT)

Tuve problemas para realizarme controles porque vivía muy lejos del hospital Funes (...) cerca tenía el CIC pero me parecía más completo el del Funes (...) por ahí en cuanto a la atención faltaría cambiar algunas cosas para que sea buena (E-U1-C).

(...) Si nos ayudan estos servicios, deberían cambiar algunos recursos que necesitamos (E-U3-C).

(...) En mi situación no tengo problemas, porque por suerte no tengo muchos problemas para ir al hospitalito. Pero conozco situaciones donde viven lejos y por ahí para conseguir anticonceptivos tienen que ir hasta una farmacia, y es un gasto más (...) dentro de todo la calidad es buena (E-U4-C).

(...) Durante la pandemia se que hubo cambios y suspensiones en la atención del hospital(...) pero yo no sufrí las consecuencias de eso digamos ,respecto a eso (la SSy [no]R) en otros temas de salud, porque por ahí no había los especialistas que yo necesitaba (...) Para mí la atención respecto a ese tema es buena, porque siempre hay ginecólogos y obstetras disponibles, por ahí no hay centro para ir a informarte, a aprender. (E-U5-C).

Las reflexiones expresadas por las sujetas usuarias de los servicios de los CIC, narran sus más profundas inquietudes, experiencias entendidas como óptimas o insuficientes respecto a la atención de sus necesidades. Como información final a tener en cuenta, señalamos que desde la perspectiva de las mujeres la calidad del acceso a la SS y (no) R es aceptable pero se ponen expectativas en el cambio de las situaciones problemáticas existentes. Hablan de una transformación para poder ejercer una salud efectiva y de calidad.

Es posible proponer los señalamientos y miradas de las mujeres, como herramienta fundamental para trabajar en estrategias nuevas que cambien las formas en que se encaran algunos procesos. Un cambio en las formas de pensar las políticas públicas, situando y contextualizando las mismas en relación a la población a la que están dirigidas. Creemos que es un horizonte posible y en el cual hay mucho trabajo para realizar, donde el TS y nosotras como futuras profesionales tenemos grandes herramientas con las cuales aportar. En el trabajo con aquellos territorios en que se encuentran vulnerados los derechos, trabajar en conjunto con la población y las instituciones públicas para lograr asumir de forma plena un compromiso con la protección de los derechos humanos de las mujeres, y los de la salud sexual y (no) reproductiva en particular.

5.4 Posición del Trabajo Social en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva desde los Centros de Atención Primaria de la Salud . Limitaciones y aportes

Creemos que el papel del TS en este campo temático y particularmente en estos territorios es fundamental para superar los obstáculos que se presentan para la consagración de los derechos; para vincularse con lxs sujetxs de manera empática y conocer de cerca sus estrategias de producción y reproducción social. El TS puede cooperar en la mejora de los servicios de salud y en el ejercicio de los derechos de lxs sujetos, como complemento de la atención de la enfermedad, la atención a otras condiciones de vida de lxs sujetxs. En ello el TS se vincula con instituciones, normas, programas y recursos, relaciones políticas y sociales. Es así como, profesionales del TS están ubicadxs en las políticas que expresan la relación entre el Estado y los sujetos con derechos que deben ser reconocidos y protegidos (Nucci et al., 2018).

La involucración del TS en campo de la salud es justificada cuando en el marco de la intervención estatal desde una perspectiva crítica construye estrategias para la efectivización de los derechos de la ciudadanía. Teniendo en cuenta que el derecho a la salud se vincula con otros derechos individuales, sociales y culturales. El TS está presente, además, en ámbitos de decisión que constituyen el campo de la salud. Decisiones que giran alrededor de recursos institucionales, materiales humanos, a los que aportamos desde nuestro conocimiento social y teórico. Puede trabajar sobre los efectos de las desigualdades sociales que existen a la hora de ejercer los derechos (Nucci et al., 2018). Cómo aporta Nucci et al. (2018) TS debe “ redefinir los problemas sociales en tanto problemas de intervención profesional, identificando aquellas dimensiones que pueden transformarse, los recursos necesarios y a qué sujetos/agentes involucran”(p.).

De esta manera, es que creemos que en estas localidades el TS puede y debe tener un rol más constante en las instituciones de la salud, particularmente en los CAPS. Al formar parte de las decisiones institucionales podría disponer de recursos, medios y estrategias para contrarrestar la condición subalterna de lxs sujetxs. Esto particulariza el rol del TS, comprende una práctica distributiva de bienes de uso y de significados y sentidos, a través de una mediación con lxs sujetxs (Nucci et al., 2018). El TS puede mediar entre las necesidades y satisfactores de las poblaciones, en un sentido tanto material como simbólico.

Es importante mencionar las palabras de las referentes respecto al rol del TS en las instituciones de salud de cada localidad para dar cuenta de la subordinación y/o ausencia

de la profesión en estas instituciones. La referente de Río Turbio sobre la situación en la ciudad ha hecho mención que hace unos años había una trabajadora social pero después se fue, y que en ese CIC trabajan *promotorxs para la salud*, marcando la diferencia entre lo que serían promotorxs sociales o del trabajo en territorio, quienes tienen en cuenta sólo cuestiones sobre la situación de salud/enfermedad de las personas a quienes visitan en los barrios donde tienen chequeos de presión arterial, peso, enfermedades existentes. Se refirió:

En nuestro CIC no hay trabajadores sociales (...) hubo alguna vez pero se que solamente realizaban trabajo administrativo (entrevista, planillas), no hay trabajo con salud en cuanto a talleres de promoción y prevención. Dentro del CIC a los trabajadores sociales solamente se los llama por eventualidades, hay pero en la municipalidad, en otros sectores. La pandemia paró mucho lo que podría haber sido más enriquecedor (E1-REF- RT).

En tanto que la referente sobre la implicancia del TS en la ciudad de Cosquín:

En el CIC no hay trabajadxr social que esté específicamente ahí. En el área municipal somos dos TS que si bien nos encargamos de cosas particulares cumplimos este rol un poco multifunción para los equipos de salud (...) somos referentes de algunas cuestiones y se nos comunica. La profesión de ts acá está valorada por los equipos, por los espacios de las políticas públicas (...) Antes se concebía acá que el TS estabas para encargarse de formularios de acceso a recursos o Informes socioeconómicos. Con mí colega fuimos haciendo un camino, aunque no estemos físicamente en los espacios, si hemos logrado que la profesión tenga un lugar simbólico en todo lo que son los trabajos e intervenciones sociales. La profesión va ganando lugar, aunque todavía no hay decisiones políticas para ocupar recursos humanos para que físicamente ese TS esté ahí (...) Saben que podemos resolver, articular, que tenemos información, sobre todo cuando intervienen tribunales o SENAF; pero todavía hay que dar el salto de lograr ser un recurso más fijo de un equipo y asentada en un territorio concreto (EC-REF)

En el campo de las políticas sociales, lxs trabajadorxs sociales contribuyen a develar, y replantear las diversas prácticas en salud desde programas que camuflan visiones tutelares, saberes y prácticas más conservadoras. Aportar desde nuestra mirada particular a la construcción de ciudadanía, a la habilitación de sujetxs conscientes de sus derechos y responsabilidades en conjunto con ellxs es una contribución importante (Trachitte, 2008).

Finalmente creemos que en la actualidad la lucha y el trabajo desde lxs distintxs profesionalxs en el campo de la salud sexual y (no) reproductiva es achicar la brecha entre lo escrito en las normas y lo que viven las mujeres en su día a día, en los procesos que atraviesan en el encuentro con los servicios en SS y (no)R, con los obstáculos y las oportunidades. Trabajar en el análisis de las políticas públicas que tienen probabilidad de ser efectuadas, en contexto con cada lugar, teniendo en cuenta sus respectivas características de puesta en acción para hacer favorable el acceso efectivo a la salud sexual y (no) reproductiva, puede ser un gran aporte desde el trabajo social.

Conclusiones....

Para finalizar reflexionamos sobre el proceso de búsqueda, toma de autonomía, las decisiones y cuestionamientos que implicó e implica la práctica pre-profesional y la sistematización de esta tesina. Fue un gran desafío y aprendizaje para nosotras, lo vivimos con mucha responsabilidad, entendiendo que a diferencia de los años anteriores de cursado de la carrera, esta vez debimos pensar de manera autónoma diferentes estrategias y decisiones teórico-metodológicas para llevar adelante el trabajo. Esto significó todo un reposicionamiento como estudiantes de la universidad que aspiran a la graduación. Así fue que en una constante construcción, nos posicionamos desde un marco teórico metodológico y ético-político para desenvolvemos en estos escenarios, buscando imprimir una mirada integral sobre la salud, con una perspectiva de género y de derechos humanos.

Aunque fue un gran cambio pensar la práctica preprofesional del 5to año como investigación, la idea nos entusiasmó; trabajar en nuestros lugares de origen con las instituciones y organizaciones; conocer sus actividades, modos de trabajar, lineamientos de gestión de las políticas públicas de cada localidad, las poblaciones con las que intervienen, etc. Construir conocimiento científico desde la disciplina del TS fue para nosotras como una gran experiencia, reafirmando la necesidad de ver a la práctica interventiva en conjunto con la investigación, como procesos distintos pero que necesariamente deben ir de la mano y desde los cuales la profesión del TS tiene muchísimo para ahondar, construir y aportar a los diversos campos problemáticos de la sociedad. Creemos que nuestra investigación y acción en estos espacios dejará su marca a futuro, con los aportes de las miradas desde la academia y que fuimos construyendo desde nuestro campo problemático.

Nos parece oportuno remarcar el gran desafío y determinante que enfrentamos a principios del año 2021, comenzar a trabajar e investigar durante un fenómeno mundial como una pandemia, donde las distancias tanto físicas como territoriales marcaron

enormemente nuestras prácticas. Como estudiantes, futuras profesionales de TS, presenciamos y experimentamos parte del trabajo arduo que fue para lxs profesionales seguir con su labor durante la pandemia y como influyó fuertemente lxs sujetxs usuarixs con quienes nos vinculamos. En este sentido, como resultado identificamos diferencias respecto a nuestras experiencias como estudiantes en la ciudad de Córdoba, en contraste con las que tuvimos en Cosquín y Río Turbio referidas según nuestra perspectiva, a la poca presencia de la universidad en estas instituciones. En la ciudad de Córdoba en muchos de los barrios populares, comunidades e instituciones de la ciudad se encuentran estudiantes interviniendo, investigando, militando y organizaciones o movimientos sociales acompañando. Creemos que estos agentes sociales son importantes para acompañar la intervención de lxs profesionales y para provocar cambios beneficiosos para lxs sujetxs, es por esto que resaltamos esta diferencia.

Globalmente, las relaciones forjadas en el proceso han sido de gran ayuda, nos han brindado bastantes aprendizajes como estudiantes y como ciudadanas de cada localidad. Entendemos esto como una oportunidad, pensando que en un futuro podemos desempeñarnos como profesionales en esos territorios al contar con una idea de las dinámicas en el abordaje de la temática, el conocimiento de cómo se trabajan estos procesos, cuál es papel juega nuestra profesión, el rol de lxs trabajadorxs sociales en el campo de la salud, etc. Las acciones que hemos realizado, nos han llevado a buenos resultados y siguen siendo el motor para encarar con entusiasmo el futuro ejercicio profesional que buscamos como trabajadoras sociales. Nuestros procesos de formación universitaria, puestos en juego en los territorios, aportan también nuevos modos de construir intervenciones por parte de las instituciones.

El aporte que pretendíamos construir a partir de esta indagación fue compartido con los agentes de salud de los dos centros y pudimos construir un vínculo de cooperación e intercambio. No obstante las dificultades y cambios que se tuvieron que dar para adaptarnos al contexto, en el trabajo en conjunto con profesionales de distintas disciplinas, instituciones y sujetxs, el aprendizaje ha sido significativo. Esperamos con este proceso de investigación sentar una base para el entendimiento de las prácticas de salud en este contexto y las experiencias de lxs sujetxs, analizar las secuelas que la pandemia dejará no sólo en nuestra vida cotidiana, sino también en las instituciones que trabajan con la sociedad.

Como reflexiones teóricas y políticas de este proceso de investigación centrado en el campo de salud, creemos que un modelo de atención centrado en la atención de los

cuerpos de las mujeres - madres o futuras- y en un abordaje de la consulta individual, responde a la lógica de una sexualidad normativa, supuestamente natural, y reproduce la concepción de familia nuclear y heterosexual. Por lo que, el derecho al ejercicio libre, responsable y placentero de la salud sexual se objetiva en algunas/os profesionales como dimensión de abordaje desde un modelo hegemónico. Respecto a la sexualidad, prima la creencia de lo íntimo como asunto privado. Relacionado a esta mirada hegemónica de la sexualidad y (no) reproductividad en la salud, puede deducirse el porqué son muy pocos los varones que se acercan a los centros de salud para resolver o informarse sobre estas cuestiones y no se explicitan demandas de otras identidades, en sus deseos de reproducción o de maternar, en el primer nivel de atención.

Interpretamos que es difícil concretar algún tipo de vinculación entre lxs profesionales y las mujeres usuarias por las modalidades de atención en estas localidades, por lo que una atención integral en SS y (no)R quedaría lejana. Nos parece importante pensar en trabajar este problema desde la estrategia de las *consejerías*, como espacios de prevención y promoción de derechos. En las cuales proponer un vínculo más horizontal, desde la comunicación personalizada, con privacidad y la oportunidad dar el pie a otras consultas. Sería un espacio de encuentro en donde promover la toma de decisiones consciente, autónoma e informada. Permitiendo abordar temas vinculados a la sexualidad, los métodos anticonceptivos, situaciones de violencia o abuso, la continuidad o no de un embarazo, entre muchos otros. Esta atención integral requiere brindar información clara, actualizada y validada científicamente, expresada en términos sencillos de comprender (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010).

Bibliografía

Aquin, N., Custo, E., y Torres, E. (2012, Julio). El problema de la en el trabajo social. *Revista de Trabajo Social. n 8.*

Acevedo, M. P., & Peralta, M. I. (2020). Sinergias entre investigación e intervención en Trabajo Social. *Revista Perspectivas. (35)*

Aleman, N. M. y Viera Cherro, M. (2015) . Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: Reproducción y Autonomía en foco. https://www.fhuce.edu.uy/images/genero_cuerpo_sexualidad/Fronteras-Magnone.pdf

Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bourdieu, P. (1997). Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción,. Anagrama. <http://epistemh.pbworks.com/f/9.+Bourdieu+Razones+Pr%C3%A1cticas.pdf>

Brown, J. L. (2007). Ciudadanía de mujeres en Argentina Los derechos (no)reproductivos como bisagra:, lo privado y lo público puesto en cuestión. Tesis Maestría en Ciencia Política y Sociología. Facultad Latinoamerican de Ciencias Sociales.

Brown, J. L. (2008). Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. Cuadernos pág.(30), janeiro-junho de 2008:269-300.

Brown, J.L. (2009). Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana.n. 2. pp. 10-28.

Bosio, M. T., y Crosetto, R. (2020). Ciudadanía sexual y atención primaria de la salud. ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 4(Nro.7), 12-28. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/issue/view/2196>

Colmenares, E. A. M.(2012). Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción Voces y Silencios: *Revista Latinoamericana de Educación*, Vol. 3, No. 1.

Comes, Y. y Stolkiner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, vol. XII, pp. 137-143 Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Delgado Ballesteros, G. (2012). Conocerte en la acción y el intercambio. La investigación: acción participativa. In *Investigación feminista : epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 197-217). Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades : Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf

Dominguez, A. (2017). *Itinerarios de prácticas y saberes de las mujeres que abortan con Misoprostol* [Maestría en Ciencias Sociales con mención en Políticas Sociales. Tesis de Maestría]. <https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/03%20Dom%C3%ADnguez%20SANS.pdf>

Fajardo Dolci G, Gutiérrez J.P, García-Saisó S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex* ;57:180-186.

Ferrandini, Debora. (2010). *Salud: opciones y paradigmas*. Mimeo.

Fraser, N. (2008). La justicia social en la era de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, V .4(n. 6), 83-103. scholar.google.com.ar

Gamba, S. (2008, 03 -). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? *Mujeres en Red*. El periódico Feminista. <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1395>

González, P., Yanes, A., Rodríguez, R., González, M. J., & Yanes, Z. (2013). *Violencia contra las mujeres: Quien calla otorga : buenas prácticas en intervención socio-sanitaria desde una perspectiva de género y derechos humanos*. Web https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5270/violencia-contra-las-mujeres-quien-calla-otorga5-2.pdf

León Rodríguez, M. E. (2008). Ética feminista y feminismo de la igualdad. *Revista Espiga*, (16-17),79-88. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467847230006>

Mateo, N. (2015). *Las opiniones de los/as trabajadores/as de la Atención Primaria de la Salud sobre la Salud Sexual y Reproductiva*. Tesis de Licenciatura en Sociología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Mattio, E. (2012). ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual. En: Morán Faúndes, J.M., Sgró Ruatta, M. C. y Vaggione, J. M. Sexualidades, desigualdades y derechos. 1a ed. pp. 85-103. Ciencia, Derecho y Sociedad Editioal.

Navarrete, M. J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. N°1. Año 1.Pp. 47 - 60. <http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/11/13>

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C. y Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 1. Nro. 2. PP. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial>

Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, v.36(n.94), 327-342. www.scielosp.org

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista de Salud Colectiva*; 6(3):275-293.Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Argentina. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva>

Trachitte, M. T, Lera, C., Arito, S., Ludi, M. C., Martinez, G. y Gozalez, M. (2008): Ética y trabajo social: la dimensión ética en la intervención profesional. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 14(1): 47-79, jan.-jun./2008 65

Valdivieso, M., Giron, A., Vasallo Barrueta, N.,Carosio, A., Gonzalez Maria, M. L., Rodriguez Lopez, P., Arroyo, A., Beger, S., Drovetta, R. I., Chaves, M. y Correa, E. (2012). *Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe*; Coordinado por Alba Carosio. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO.

Vargas Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. En *Alteridades*, vol. 4, núm. 8, 1994, pp. 47-53. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Distrito Federal, México.

Zamberlin, Nina (2004). *De salud materno infantil a salud reproductiva. Una nueva perspectiva en un contexto de cambio*. Córdoba. AR; CLACYD

Fuentes documentales

Cazzaniga, S. (2020). Trabajo Social en la Pandemia. April 1. FAUATS. Consultado Mayo 10, 2022, en <http://fauats.org/?p=4024>

Congreso de la Nación Argentina.(1994).Constitución de la Nación Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

Congreso de la Nación Argentina. (1996). Ley 24.174 RÉGIMEN DE ASIGNACIONES FAMILIARES. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35>

Congreso de la Nación Argentina.(2010). Ley N 3175 . Adhesión a la ley nacional 25.673 de la provincia de Santa Cruz. <http://www.sajj.gob.ar/3175-local-santa-cruz-adhierase-provincia-santa-cruz-ley-nacional-25673-reacion-programa-nacional-salud-sexual-procreacion-responsable-lpz0003175-2010-11-11/123456789-0abc-defg-571-3000zvorpyel?&o=24&f=Total%7CFecha%7CEstado%20de%20Vigencia%5B5%2C1%5D%7CTema%5B5%2C1%5D%7COrganismo%5B5%2C1%5D%7CAutor%5B5%2C1%5D%7CJuridicci%F3n%5B5%2C1%5D%7CTribunal%5B5%2C1%5D%7CPublicaci%F3n%5B5%2C1%5D%7CColecci%F3n%20tem%E1tica%5B5%2C1%5D%7CTipo%20de%20Documento/Legislaci%F3n&t=133>

Congreso de la Nación Argentina. (2012, 23 de Mayo). Ley 26.743. Identidad de género.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Cosquín. (2022, 2 de enero). Wikipedia, La enciclopedia libre. Fecha de consulta: 14:43, mayo 9, 2022 desde <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Cosqu%C3%ADn&oldid=140677527>.

Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). (2017, 03 -). Consejerías en salud sexual y salud reproductiva | DELS. Consultado en Mayo 31, 2022, from <https://salud.gob.ar/dels/entradas/consejerias-en-salud-sexual-y-salud-reproductiva>

Derechos sexuales y derechos reproductivos. (n.d.). Argentina.gob.ar. Consultdo en Mayo 11, 2022, from <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>

Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). (2017). Salud sexual y salud reproductiva. En: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva>

División de Asuntos de Género. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46483-riesgos-la-pandemia-covid-19-ejercicio-der-echos-sexuales-reproductivos-mujeres>

Facultad de Ciencias Médicas. Curso de Capacitación a distancia sobre Uso Racional de Anticonceptivos. Legislación. Centro de Farmacoepidemiología y Uso racional de Medicamentos. Unidad de Apoyo de Farmacología Aplicada. Universidad Nacional de Córdoba.

InfoNegocios. (2020). Punto Mujer: más de 100 espacios de asistencia a víctimas de violencia de género. En: <https://infonegocios.info/de-cordoba-al-pais/punto-mujer-mas-de-100-espacios-de-asistencia-a-victimas-de-violencia-de-genero>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH). (2008). Los derechos reproductivos son derechos humanos /. San José, C.R. : 62 p.; 21.59 x 13.97 cm. ISBN 978-9968-917-77-3

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2010, Septiembre -). *CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA*. CSSR. Retrieved Mayo 31, 2022, from <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/07/Consejerias-propuesta.pdf>

Ministerio de Salud Argentina. (2013). Leyes que reconocen tus derechos. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Banco de Recursos. En: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/leyes-que-reconocen-tus-derechos-0>

Muchelli Lopez, K. (2020). Córdoba lanza el programa de Salud Integral de la Mujer. InfoSalud. <https://infosalud.com.ar/cordoba-lanza-el-programa-de-salud-integral-de-la-mujer/>

Naciones Unidas.(1985). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/1469.html>

NU. CEPAL. (2020). Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. <http://hdl.handle.net/11362/46483>

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración De Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Programa Acompañar. (n.d.). Argentina.gob.ar. Consultado Mayo 11, 2022, from https://www.argentina.gob.ar/generos/plan_nacional_de_accion_contra_las_violencias_por_motivos_de_genero/programa-acompanar

Río Turbio (ciudad). (2022, 15 de febrero). Wikipedia, La enciclopedia libre. Fecha de consulta: 14:45, mayo 9, 2022 desde [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%ADo_Turbio_\(ciudad\)&oldid=141690420](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%ADo_Turbio_(ciudad)&oldid=141690420).

Poder Ejecutivo de la Provincia de Córdoba. (2020). Decreto 155/2020.
<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/36292.html>

Organización de las Naciones Unidas.(1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD). El Cairo, 5 a 13 de septiembre.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. En
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Who.int. Temas de salud. Salud sexual. En
https://www.who.int/topics/sexual_health/es/#:~:text=La%20salud%20sexual%20es%20un,toda%20coacci%C3%B3n%20discriminaci%C3%B3n%20y%20violencia

Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud. Módulo 3.1. Evolución Histórica de un concepto polisémico.S/R

Sanchez Cabezas, A. (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos sexuales y reproductivos. -1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva,

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y familia. (2019). Plan ENIA : recorridos, logros y desafíos. - 1a ed adaptada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia
<https://argentina.unfpa.org/es/Plan-ENIA-Recorrido-logros-y-desafios>

Universidad Nacional de Córdoba (UNC). (2018). Derechos sexuales y reproductivos. Herramientas y recursos, para una sexualidad segura, respetuosa y placentera. Programa de Género. Secretaría de Extensión.
<https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/Recursero%20Web.pdf>