



**LA SALUD SEXUAL Y (NO) REPRODUCTIVA EN TIEMPOS DE
PANDEMIA COVID 19. REFLEXIONES SOBRE EL PROCESO DE
DEMANDA- ATENCIÓN DE DOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES.**

Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP)

Maestría en Género, Sociedad y Políticas

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

Autora: Natalia Laski

Directora: Lucila Szwarc

Argentina

Diciembre de 2022

Listado de siglas y abreviaturas

ACO: anticonceptivos orales combinados

AHE: Anticoncepción Hormonal de Emergencia

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires

APS: Atención Primaria de la Salud

ASPO: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CESAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria

DSR: Derechos Sexuales Reproductivos

DSNR: Derechos Sexuales No Reproductivos

GCBA: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ILE: Interrupción Legal del Embarazo

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

ESI: Educación Sexual Integral

LARC: Anticonceptivos reversibles de larga duración (por sus siglas en inglés)

MAC: métodos anticonceptivos

MMH: Modelo Médico Hegemónico

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización Naciones Unidas

PSEACP: proceso salud-enfermedad-atención- cuidado-prevención

SSR: salud sexual y reproductiva

SSNR: salud sexual y (no) reproductiva

Abstract

Esta tesis aborda las percepciones y prácticas del proceso de demanda-atención en salud sexual reproductiva y (no) reproductiva de equipos de dos CESAC de CABA, durante la pandemia de COVID 19. Desde el enfoque cualitativo, realicé entrevistas semi-estructuradas a profesionales de los dos equipos de SSNR.

Cada equipo tuvo que adaptar los modos de garantizar el proceso de demanda-atención de abortos seguros y el acceso a métodos anticonceptivos al nuevo escenario de pandemia, que provocó rupturas con lo instituido y conocido. Si bien, las restricciones del ASPO modificaron las dinámicas de atención de los CESAC, los equipos sostuvieron su compromiso en la producción de cuidados, buscando y desplegando estrategias que garanticen el acceso a la SSNR de las mujeres usuarias.

La declaración de la esencialidad de los servicios de SSNR por la OMS no significó que se encuentren libres de obstáculos: la entrega de MAC a través de una ventana en la entrada del CESAC y la cancelación de los espacios grupales, fueron algunos de ellos.

La sanción de la Ley de IVE (2020) amplió el campo de los DSNR y en los CESAC promovió que algunos integrantes del equipo de salud que manifestaban resistencias, comenzaran a garantizar la práctica. Les entrevistades no observan un aumento cuantitativo de la demanda, sí en términos cualitativos: la IVE transformó las representaciones de las usuarias vinculadas al temor de explicitar el motivo de consulta.

Los barrios populares donde se ubican los CESAC, fueron los que más rápidamente sufrieron una ola de contagios en CABA. Las medidas estatales tomadas para dar respuesta a la pandemia no contemplaron los procesos de auto-atención de la población y tuvieron efectos en las vulnerabilidades que atraviesa la población usuaria.

Les profesionales perciben que la pandemia profundizó las inequidades que atraviesan las mujeres usuarias, identificando una sobrecarga de tareas de cuidado y el aumento de consultas por violencias de género.

Estos cambios impactaron en las sensaciones de los profesionales, ya que enfrentarse a lo desconocido les produjo temor, incertidumbre, angustia. En esta situación, el trabajo en equipo y la contención dada por lo colectivo, fueron señaladas como los principales elementos de sostén en aquella realidad incierta y urgente.

Índice

Listado de siglas y abreviaturas	2
Abstract	4
Introducción	10
1. Objetivos y propuesta	10
2. Relevancia del tema	12
3. La pandemia y la configuración de un nuevo escenario: lo novedoso, lo particular y lo extraordinario	15
4. Políticas de salud sexual en Argentina	16
5. El período de aislamiento social, preventivo y obligatorio	18
5.1 El ASPO en los barrios populares	20
6. La salud sexual y (no) reproductiva en el contexto de pandemia	22
7. Sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo	24
8. Estructura de la tesis	28
Capítulo 1. Marco teórico desde un enfoque de salud colectiva, género, derechos y cuidado	30
Determinantes sociales de la salud	31
Accesibilidad.....	34
Equipos de salud: cuidado, integralidad e interdisciplina	36
Cuidado y trabajo vivo	37

Auto-atención	38
El género como determinante social de la salud.....	39
Capítulo 2. Enfoque metodológico	43
Ser parte del campo.....	45
Capítulo 3. Impactos	47
3.1. <i>“Todo se hizo más crudo, en el cruce de desigualdades vimos lo peor”</i> -Impactos de la pandemia sobre las desigualdades de la población usuaria de los CESAC	47
3.2 <i>“Esa sobrecarga de tareas se profundizó, pero además en soledad”</i> -Impacto de las inequidades de las mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva.....	53
3.3 <i>“Estábamos apagando fuegos pero llegábamos re tarde”</i> - Impactos de la pandemia en los equipos analizados	60
Capítulo 4. Efectos de la pandemia en el proceso de demanda-atención de los equipos de SSNR	66
4.1 <i>“Así nos organizábamos, alguien en el día te iba a ver”</i> - Organización de los servicios de SSNR antes de la irrupción de la pandemia	66
4.2” <i>Todo se transformó en la atención individual de quienes salían de sus casas”</i> - Organización de la atención en los CESAC a partir del ASPO	68
4.3 <i>“La modalidad era que se garantice el acceso”</i> - Re-organización de la atención de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva con la irrupción de la pandemia	71
4.3.1 Principales demandas de SSNR en el periodo del ASPO	77

4.5 “*Cambiaba mucho según quién te abría la ventana*”- Obstáculos en el proceso demanda-atención de la SSNR durante el ASPO79

4.6 “*Las mujeres vienen confiadas en que van a acceder*”- La sanción de la Ley de IVE....82

4.7 “*Ahora estamos atendiendo como siempre, como se atendía antes*”- Salir de la etapa de aislamiento y reconstruir nuevos escenarios de demanda-atención88

Conclusiones92

Referencias bibliográficas98

Anexos117

Agradecimientos

Durante la pandemia, a mi hijo mayor le pidieron en la escuela que escriba una palabra que represente el momento que estábamos viviendo. Eligió fuerza.

Su palabra como legado... Quiero agradecerles a aquellos que me conocen bien, que en estos tiempos de escritura en una realidad impredecible, me dieron fuerza para llegar a destino. Fuerza que se traduce en abrazos, cafecitos, dar la mano, risa, caminar charlando, un llamado por teléfono y muestras de amor tan diversas como necesarias.

A Lucila, que con amorosidad, me acompañó en este proceso lleno de aprendizajes. Las palabras de aliento y fuerza en el momento justo, como una bocanada de aire fresco para seguir.

A les profesionales entrevistades que, con la mejor predisposición, me brindaron su tiempo para responder, sentir y compartir sus experiencias durante la pandemia. Que con su fuerza como motor, atraviesan y transforman realidades tan inciertas e injustas.

Introducción

1. Objetivos y propuesta

El objetivo general de la tesis es comprender y describir las percepciones y prácticas sobre el proceso de demanda-atención en salud sexual reproductiva y (no) reproductiva (SSNR), durante la pandemia COVID 19, de dos equipos interdisciplinarios que intervienen en centros de salud de atención primaria en la Ciudad de Buenos Aires.

Parto del supuesto que los equipos de salud han modificado las estrategias de accesibilidad y sus modos de atención como consecuencia de la irrupción de la pandemia y la declaración de la esencialidad de los servicios de SSNR. Este pronunciamiento, por parte de la Organización Mundial de la Salud establece que “la salud y los derechos sexuales y reproductivos son un importante problema de salud pública que requiere de atención particular durante las pandemias” (UNFPA, 2020, p.5).

Realizo un análisis contextualizado de los encuentros entre las mujeres que demandan atención en SSNR y los equipos que conforman los servicios. El foco está puesto en los equipos de atención de SSNR de centros de salud, para recuperar sus experiencias de abordaje en un escenario novedoso, que desacomodó prácticas, movilizó sensaciones y profundizó desigualdades.

Con una metodología cualitativa, realicé entrevistas semi-estructuradas individuales a profesionales que conforman los equipos de atención en salud sexual y (no) reproductiva (médicos-as generalistas, trabajadoras sociales y antropóloga), a los fines de comprender, desde los relatos, las experiencias de atención, las estrategias desplegadas y las demandas realizadas por las mujeres usuarias durante el período de pandemia.

Se recuperan las modalidades de conformación de los equipos, las sensaciones experimentadas en la etapa de irrupción de la pandemia, las percepciones sobre las inequidades que atraviesan las mujeres usuarias y sobre los obstáculos para el acceso a los servicios de salud sexual y (no) reproductiva durante la pandemia COVID 19.

La tesis recupera la propuesta de Josefina Brown (2008), sobre el posicionamiento de iluminar lo “no” reproductivo, para darle visibilidad al derecho que poseen las mujeres de

decidir con libertad sobre su propio cuerpo, sexualidad y maternidad. La autora explica que incluye explícitamente lo no reproductivo porque (2007, p.183):

El uso de la denominación reproductivos alude a la histórica imagen de las mujeres como madres, reproductoras y los derechos reproductivos como demanda a la cara del Estado sostenida por las feministas y las mujeres en movimiento se supone que alude no sólo al derecho a una maternidad elegida, sin riesgos, etcétera sino también a decidir no reproducir, no ser madre. Para que se visualicen ambas significaciones rápidamente, entonces, marco el no, entre paréntesis.

Me propongo hacer foco en la historia del proceso de demanda–atención de cada equipo para resaltar su posicionamiento y compromiso frente a la producción de cuidados durante tres momentos: pre-pandemia, ASPO y salida de la etapa de aislamiento.

Como plantean Miller y Bang, “El contexto sin precedentes hace necesario generar conocimiento acerca de las vivencias de los equipos de salud” (Miller y Bang, 2022, p. 9). Los resultados de esta tesis indican que durante el ASPO, los equipos enfrentan lo desconocido, reacomodan estrategias y apuestan a la accesibilidad de las mujeres usuarias. También atraviesan obstáculos, vivencian la incertidumbre del “no saber” y se adaptan a los nuevos dispositivos que entran en tensión con las formas instituidas de atención.

Darle voz a los equipos es también revalorizar su posicionamiento para producir cuidados desde el afecto, con creatividad, reconstituyendo escenarios, re-pensando en términos de lo posible y defendiendo el “saber hacer en común” (López et al. 2017) frente al individualismo imperante. Los equipos de salud de los CESAC despliegan “dispositivos capaces de agenciar la construcción de nuevos saberes y prácticas que resignifiquen el trabajo en salud y, sobre todo, el cuidado” (Batista y Merhy, 2011, p.17).

La trayectoria territorial que poseen permite incorporar dimensiones estructurales al análisis del proceso de demanda-atención de la SSNR y reflexionar sobre los efectos de la pandemia en los territorios donde se encuentran los CESAC, en particular, sobre las desigualdades de género y clase que atraviesan las mujeres usuarias. Los equipos como potencia de lo colectivo, de encuentro entre singularidades y miradas que se ponen en juego en el “saber

hacer en común” (López et al. 2017), de compañeres como sostén de una tarea cotidiana en una realidad desconocida, urgente y abrumadora.

La selección de la muestra estuvo dada por tratarse de CESAC ubicados en barrios populares donde la pandemia impactó fuertemente, debido a una alta tasa de contagios de su población. Los dos CESAC se encuentran ubicados en el territorio barrial y sus equipos de salud despliegan acciones en esa dimensión, lo que permite abordar aspectos vinculados con los determinantes sociales de la salud, así como reflexiones y percepciones sobre los efectos de la pandemia en las inequidades de género que atraviesan las mujeres usuarias.

2. Relevancia del tema

Argentina posee un extenso campo de investigaciones sobre salud sexual reproductiva y salud sexual (no) reproductiva que abordan el tema desde distintas perspectivas: políticas públicas, usuaries, marco normativo, equipos de salud, dispositivos y accesibilidad (Dapuez, 2009; Vázquez Laba 2013; Berra, 2017; Fernández Vázquez, 2020; Perez Tort ,2021; Red de Equipos de Salud Sexual y Reproductiva del Área Programática del Hospital Penna, 2018; Crosetto y Bosio, 2022; Cammarota et al., 2022; Crosetto, Bilavcik y Miana, 2021; Saletti-Cuesta y Aizenberg, 2021 y Zaldúa, Bottinelli y Lenta, 2022).

Haré foco en las investigaciones que indagan el campo del acceso a los MAC y al aborto en Argentina desde la perspectiva de equipos de salud, de instituciones del primer nivel de atención del sistema público de salud.

Dapuez (2009), en el marco de estudios sobre MAC que analizan las estrategias de accesibilidad que despliegan los equipos, reflexiona sobre la atención en SSNR de equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, haciendo énfasis en el cruce de las desigualdades de género y clase de las mujeres usuarias. En sus conclusiones da cuenta de los distintos factores que condicionan la autonomía de las mujeres usuarias para la elección de un MAC desde la perspectiva de equidad de género.

Sobre las barreras para acceder a los servicios de SSNR, destaco la investigación de Vázquez Laba (2013) que analiza los obstáculos que poseen mujeres del noroeste argentino, que define como subalternas (indígenas, campesinas, inmigrantes y de sectores populares rurales), para

acceder a los servicios de SSNR. Los objetivos se orientan a la vinculación entre obstáculos en la accesibilidad y modelos ideológicos de los profesionales de la salud.

En el campo del aborto, subrayo investigaciones como la realizada por Berra (2017) que analiza las representaciones y prácticas de profesionales del sistema de salud CABA sobre la atención de la interrupción legal del embarazo (ILE). Se pregunta acerca del conocimiento de los profesionales sobre la normativa vigente en relación con la ILE y por los obstáculos en la accesibilidad.

Otros estudios orientan sus objetivos al análisis de los dispositivos de atención de abortos seguros previos a la sanción de la Ley de IVE. La tesis de Fernández Vázquez (2020) analiza los dispositivos de consejerías pre y post aborto que despliegan los equipos de salud de AMBA en el período que va desde el acceso al aborto no punible hasta la provisión de Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) luego del fallo FAL, dictado por la Corte Suprema de Justicia. Realiza un aporte novedoso al caracterizar como “políticas difusas” a las políticas de aborto desplegadas en el país que permitieron la incorporación de acciones “desde abajo”, practicadas autónomamente por los profesionales de la salud.

En la misma línea de análisis, Perez Tort (2021) recupera el concepto de “políticas difusas” de Fernández Vázquez y aborda el proceso de conformación de consejerías pre y post aborto y los dispositivos de atención de las ILE, desplegadas por el equipo de salud de un centro de atención primaria en Morón, provincia de Buenos Aires. Profundiza en las estrategias que llevaron a cabo los profesionales para conformar los dispositivos, identificando los facilitadores en el proceso.

Otro antecedente son documentos elaborados por los propios equipos, que indagan en la conformación de redes del primer nivel de atención como estrategia para garantizar el acceso a IVE-ILE. El documento publicado por la Red de Equipos de Salud Sexual y Reproductiva del Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Penna” (2018) relata el proceso de conformación de los equipos, las estrategias que implementaron e incorpora reflexiones sobre el pasaje histórico de consejerías de reducción de riesgo y daños a las atenciones de ILE. Crosetto y Bosio (2022) reflexionan sobre el acceso a los DDSNR en APS en la provincia de Córdoba tomando como hitos el debate parlamentario para la sanción de la Ley de IVE en el año 2018 y su logro en el año 2020. Recuperan el rol de la Comisión de

Salud Sexual Integral como un dispositivo que responde a la demanda de acceso a interrupciones de embarazo de manera horizontal.

Sobre el impacto de la sanción de la Ley de IVE en el proceso de demanda-atención de los equipos de salud, Cammarota et al. (2022) recuperan la experiencia de conformación de consejerías de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE-ILE) del equipo de salud de un CESAC de CABA. También reflexionan sobre los facilitadores y los obstáculos visualizados por el equipo en el marco de la sanción de la Ley de IVE.

Publicaciones más recientes, tienen como objetivo analizar el impacto de la pandemia COVID 19 en las prácticas y en el proceso de demanda-atención de SSNR de equipos de salud en el primer nivel de atención. Crosetto, Bilavcik y Miana (2021) abordan el acceso en APS a la SSNR, en el contexto de la pandemia, en la provincia de Córdoba, recuperando las narrativas y experiencias de agentes de salud. Profundizan sobre los obstáculos que enfrentan equipos de APS para garantizar los DDSNR en contexto de pandemia, en el marco de un sistema de salud que desvaloriza al primer nivel de atención. Incorporan la sanción de la IVE como un hito que se integra a las prácticas de los equipos.

Saletti-Cuesta y Aizenberg (2021) analizan los efectos de la pandemia en el acceso a las atenciones por IVE-ILE y por violencias por motivos de género, a partir de las experiencias de equipos de salud del primer nivel y hospitales del sistema público de salud, en la provincia de Córdoba. La investigación focaliza en el impacto de la pandemia en la profundización de los obstáculos en el acceso a servicios de SSNR y en los facilitadores para garantizar el acceso desplegados por los equipos.

Sin embargo, hay escasas investigaciones en Argentina sobre el acceso a los DSNR en el contexto de la pandemia, atravesados por la sanción de la Ley de IVE. Un antecedente es la investigación realizada por Zaldúa, Bottinelli y Lenta (2022), centrada en los obstáculos a la accesibilidad a los DSNR y en las estrategias desplegadas por los equipos en el contexto de pandemia, en CESAC de zona sur de CABA. El análisis incorpora la sanción de la IVE como un hito que impacta en las prácticas de los equipos, e identifica estrategias de acceso a los servicios de SSNR, el compromiso político con la tarea y la legitimación de los DSNR por parte de las profesionales.

Esta tesis pretende realizar un aporte desde la articulación de los dos campos de SSNR analizados, MAC y aborto, en un escenario donde la SSNR se ve transformada por dos hechos históricos: la irrupción de la pandemia y la sanción de la Ley de IVE, que impactan en el proceso de demanda-atención de los equipos de salud de los CESAC.

La investigación busca brindar información novedosa sobre las modalidades de intervención de dos equipos interdisciplinarios de un servicio considerado esencial en el contexto de pandemia, a los fines de fortalecer la atención de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva y la accesibilidad de las mujeres usuarias.

El análisis incorpora las dimensiones articuladas como un todo: el proceso de demanda-atención de MAC y abortos seguros, en el contexto de pandemia y de sanción de IVE, desde la perspectiva de los equipos de atención de SSNR de los CESAC. Es un aporte situado en un momento histórico en tensión: de conquista y ampliación de los DDNR y de profundización de las inequidades que produjo la irrupción de la pandemia.

3. La pandemia y la configuración de un nuevo escenario: lo novedoso, lo particular y lo extraordinario

La pandemia por COVID 19 desarmó lo instituido y construyó un escenario novedoso para los equipos de salud sexual en el primer nivel de atención, caracterizado por la declaración de la emergencia sanitaria, la re-configuración del proceso demanda-atención orientado principal y casi exclusivamente a una enfermedad nueva y desconocida, la implementación de protocolos y dispositivos de acceso, la utilización de equipos de protección personal y la atención únicamente individual y con distanciamiento, entre otros.

Esta tesis pone el foco en dos equipos de atención de salud sexual y (no) reproductiva frente a un nuevo desafío: reacomodar la dinámica de atención de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva como efecto de los cambios en el sistema de salud y en contexto territorial, social y económico.

La situación inédita para los equipos produjo cambios que pusieron en tensión lo instituido: priorización de la mirada biomédica, ruptura de lo interdisciplinario, nuevas barreras de acceso a los servicios y asunción de roles y tareas que construyeron un escenario más difuso de las prácticas colectivas y de cada profesional.

Lo novedoso de este periodo es que las re-configuraciones no se producen como consecuencia de la evaluación de los equipos para mejorar sus servicios, ampliar la atención o impactar sobre los obstáculos de los PSEACP, sino que irrumpe como efecto del nuevo escenario provocado por el COVID-19, cuya respuesta se da desde la urgencia y el desconocimiento.

En este período, la vida cotidiana de las personas usuarias también se vio re-configurada. Las directrices implementadas a partir de la declaración del ASPO, orientadas a no circular, no concurrir a los lugares de trabajo, permanecer en las viviendas, utilizar tapabocas, tomar medidas preventivas, entre otras, dieron lugar a prácticas de autocuidado y pusieron de manifiesto las desigualdades sociales, económicas y de género de la población usuaria de los CESAC analizados.

En las mujeres usuarias, estos cambios se constituyeron en nuevas modalidades para atravesar sus cotidianidades vinculadas a la interrupción de sus trabajos formales, la profundización de las tareas de cuidado, la ruptura de redes comunitarias, entre otras, provocando efectos en sus demandas de métodos anticonceptivos e interrupciones legales del embarazo.

Lo extraordinario de este período en Argentina es que, mientras que el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos se vio en parte cercenado por el contexto descripto, la sanción de la ley de IVE permitió una ampliación de derechos en los servicios.

La pandemia produjo nuevos escenarios de ruptura con la realidad conocida e instituida. Como un hecho disruptivo, estableció procesos específicos y particulares, otros que por primera vez acontecieron, que describí como lo novedoso, y se constituyó como contexto de un hito histórico de ampliación de DDSNR como dimensión extraordinaria. Los equipos de SSNR fueron impactados por lo novedoso, particular y extraordinario de este período, recepcionando demandas, visualizando problemáticas, brindando cuidado y experimentado sensaciones que no habían vivenciado antes.

4. Políticas de salud sexual en Argentina

La provisión de servicios de SSNR para la atención de la interrupción legal del embarazo y la provisión de MAC, se enmarca en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación

Responsable, cuyo propósito consiste en “garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable” (Ley N° 25.673, 2003). La sanción de la Ley N° 25.673 (2003) de Salud Sexual y Procreación Responsable, como producto de la lucha por los DSR y DSNR iniciada en la década del 80 (Levin, 2018), produce una ruptura con el paradigma histórico de control de la natalidad: “la sexualidad y la reproducción, que habían sido objeto de políticas poblacionales, comenzaron a asociarse a la noción de derechos en las últimas décadas, debido a las demandas de los feminismos” (Fernández, 2020, p.98). Esta transformación se produce en el marco de hitos normativos internacionales, que establecieron este pasaje desde un abordaje poblacional a uno centrado en derechos: la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), la V Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo del Cairo (1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995).

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud de la Nación), organismo rector de las políticas de salud sexual reproductiva y no reproductiva en el país, en el año 2010 realiza la primera entrega de botiquines con insumos de MAC a todas las jurisdicciones del país, garantizando su gratuidad. En el año 2013, se incorporan los métodos de larga duración (implantes y DIU) a la canasta de entrega de anticonceptivos (ACO) gratuitos. En la actualidad incluyen, los insumos cubiertos por el sistema público de salud, las obras sociales y la medicina prepaga son: MAC de corta y larga duración, preservativos, test de embarazo, AHE y misoprostol. En el año 2022, se realiza la primera distribución del tratamiento combinado (combipack) de misoprostol y mifepristona. (DNSSR, 2022).

Como responsable de la implementación de la Ley 27.610 de IVE (2021), la DNSSR despliega estrategias para garantizar y ampliar su accesibilidad “a través del fortalecimiento de la capacidad de resolución del sistema sanitario, la capacitación de recursos humanos, la remoción de barreras y la provisión de insumos claves: misoprostol y AMEU” (DNSSR, 2021,p.5).

En CABA, la Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable garantiza el acceso a los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos. Establece que los equipos de salud

deben brindar información “completa y adecuada” y proveer el MAC más conveniente para cada persona respetando la libertad de elección. La ley también prioriza la atención interdisciplinaria (2000).

Las acciones para garantizar los DDNR en CABA comenzaron en los años 80, por iniciativas autónomas de los equipos de salud “desde abajo”, como “políticas difusas” (Fernández, 2020). Estas políticas se fueron institucionalizando, extendiéndose a todos los CESAC (Mazur et al., 2022) y conformando la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS (GCBA) en el año 2014.

En la actualidad, la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS media cuando irrumpen conflictos vinculados a garantizar las prácticas de IVE-ILE, brinda formación y capacitación a los equipos de SSNR del primer y segundo nivel de atención, realiza compra de misoprostol y monitorea las prestaciones de los establecimientos que dan respuesta (Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS, 2022). También organiza reuniones con referentes de los equipos de SSNR de CABA donde se intercambia información y recursos y se abordan los obstáculos vinculados a garantizar la práctica de IVE-ILE.

5. El período de aislamiento social, preventivo y obligatorio

La pandemia por COVID-19 provocó múltiples transformaciones en el proceso demanda-atención de los servicios de salud. Su reorganización, en post de garantizar la atención de la enfermedad, impactó en los servicios de salud en general y en los CESAC en particular.

En marzo de 2020, el Gobierno Nacional determinó, a través del DNU N° 260/20 (2020), la ampliación de la emergencia sanitaria incorporada en la Ley Nacional N° 27.541 (2019) y declara el ASPO (DNU N° 297/20, 2020). Estas normativas constituyeron las directrices generales de aplicación y cumplimiento vinculadas al COVID 19 para toda la población argentina.

Los principales lineamientos del ASPO fueron la prohibición y restricción de circulación, el aislamiento en las viviendas y la cancelación de todos los espacios sociales (laborales, de participación, servicios, entre otros), con excepción de los considerados esenciales, entre los cuales se encontraron las instituciones de salud y sus trabajadores-as.

Estas disposiciones se tomaron en el marco de la declaración de la pandemia por la Organización Mundial de la Salud (2020), organismo que definió las estrategias de prevención que se replicaron a nivel nacional: lavado frecuente de manos con jabón o alcohol en gel, distanciamiento social de al menos un metro, uso obligatorio de tapabocas, ventilación de ambientes y evitar, en la medida de lo posible, encuentros con personas no convivientes.

En este período, en el marco de las medidas tomadas por el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud del GCBA desplegó estrategias específicas para responder a los casos de COVID 19, que consistieron en la implementación de nuevos dispositivos de atención. Por ejemplo, en los Hospitales Generales dispuso Unidades Febriles de Urgencia para la atención de personas con síntomas compatibles con el virus COVID 19 y la ampliación del número de camas en las unidades de terapia intensiva.

Para los equipos de salud, estableció la utilización de equipos de protección personal y la realización del test rápido de antígenos para la detección de COVID 19. A finales de 2020 se inició la vacunación al personal de salud, como parte de la estrategia nacional de priorizar la utilización de las dosis disponibles para este grupo considerado prioritario y esencial.

En el primer nivel de atención, el Ministerio de Salud del GCBA dispuso seis líneas de atención-cuidado principales: inmunizaciones, crónicas prevalentes, tuberculosis, niñes-embarazadas, salud de la mujer y salud sexual y reproductiva (GCBA, 2021).

También en el marco de las recomendaciones para el primer nivel de atención realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación (2020), se implementó la realización de un triage en los accesos a los CESAC, que consiste en un “sistema de selección y clasificación de pacientes que tiene como finalidad identificar personas con síntomas compatibles con COVID-19” (Ministerio de Salud de la Nación, 2020, p. 8). Los equipos de salud eran los encargados de realizar las preguntas para evaluar el acceso de los usuarios: frente a la presencia de síntomas compatibles al COVID 19, se daba acceso al paciente a un área específica para su atención y-o se efectuaban derivaciones al hospital de referencia.

5.1 El ASPO en los barrios populares

En los inicios de la pandemia, en Argentina, la mayor cantidad de casos positivos por COVID 19 se identificaron en el AMBA. Dentro de CABA, los barrios populares¹ presentaron las tasas más altas de contagio y mortalidad: en mayo del año 2020 estos barrios registraban el 40% de los casos confirmados del total de la Ciudad (ACIJ, 2021).

Los CESAC se encuentran ubicados en los barrios Padre Richiardelli, Bajo Flores-Comuna 7 y Padre Carlos Mugica, Retiro-Comuna 1, barrios populares que experimentaron una rápida expansión del virus y se constituyeron en los más afectados en cantidad de casos positivos y fallecimientos. Estos barrios comparten características estructurales: densidad poblacional² viviendas precarias, hacinamiento, falta de acceso formal a servicios básicos de luz, gas, agua potable e internet. Mayoritariamente, su población se encuentra en situación de pobreza o indigencia, sus recursos económicos dependen de la economía informal y sus necesidades básicas se encuentran insatisfechas. “En villas y asentamientos se concentran los peores indicadores de salud de la ciudad” (ACIJ, 2021, p.6).

A comienzos de junio de 2020, el GCBA publicó la primera estadística desagregada por barrios populares: el Barrio Padre Richiardelli contaba con 1627 casos confirmados y el Barrio Padre Mugica 889 casos, de un total de 5.168 casos reportados, lo que representaba el 48% de los casos positivos registrados en barrios populares de la Ciudad (GCBA, 2020). Una investigación realizada por el Instituto Leloir sobre la incidencia del COVID 19 en el Barrio Mugica, marca una prevalencia del 54,3% en julio del año 2020: para ese período, más de la mitad de la población del barrio ya había sido infectada por el virus (ACIJ, 2021). En los barrios populares, la precariedad de las condiciones habitacionales y la falta de acceso a recursos que garanticen las medidas de prevención del virus, entraron en tensión con las estrategias de cuidado y las normativas establecidas por el ASPO. Las principales dificultades

¹ El Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación considera barrios populares como “a los barrios vulnerables en los que viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos, o más, de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal)” (2020).

² Según el informe Población de Buenos Aires, en el año 2010, el Barrio Padre Mugica y el Barrio Padre Richiardelli, junto con el Barrio 21-24, eran los barrios populares de CABA con mayor cantidad de población (GCBA, 2019).

se establecieron por la necesidad de movilidad diaria de la población para abastecerse de alimentos en comedores comunitarios y retiro de viandas, la falta de espacio y hacinamiento en las viviendas y la necesidad de sostener actividades laborales, principalmente informales, para obtener ingresos económicos no garantizados de otro modo (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación, 2020).

Este contexto llevó a determinar el “aislamiento comunitario” en los barrios populares: el cumplimiento de las medidas de aislamiento y circulación no estaba limitado por las viviendas sino por los márgenes y límites del barrio. Esta estrategia se implementó sin protocolos ni dispositivos formales de actuación (ACIJ, 2021).

En los barrios donde se encuentran los centros de salud, el GCBA en articulación con el Ministerio de Salud de la Nación, desplegó –tardíamente, una vez alcanzado un número desproporcionado de casos, en relación a otros barrios de la ciudad- estrategias diferenciadas, a los fines de frenar la curva de contagios. El pico de contagios en los dos barrios donde se encuentran los CESAC analizados se produjo con varios meses de anterioridad a lo sucedido en barrios con mejores condiciones habitacionales y urbanas de la Ciudad. “Muchas de las estrategias y procesos implementados en el territorio fueron ensayados por primera vez y determinaron la estrategia definitiva para el resto de los barrios tanto formales como informales de la Ciudad” (Laffaire y Suaya, 2020, p.9).

En los dos barrios se implementó el Plan Detectar, que consistió en la realización de testeos masivos en el territorio para detectar, aislar y realizar seguimientos de casos sospechosos y contactos estrechos. A través del Programa “El barrio cuida al Barrio” se desarrollaron acciones vinculadas al acompañamiento de grupos de riesgo y la entrega de bolsones de alimentos y kits de higiene.

Las medidas de aislamiento y restricción de circulación impactaron en los ingresos económicos de las familias residentes en los barrios populares. Una de las medidas implementadas desde el Gobierno Nacional fue el Ingreso Familiar de Emergencia, un bono con suma fija de dinero para trabajadores informales, beneficiarios sociales y monotributistas de las categorías más bajas (Ministerio de Economía de la Nación, 2020)

Según el informe “Estrategia de contención del COVID-19 en el Barrio Padre Carlos Mugica”, que analiza el impacto del virus en los dos barrios estudiados, la implementación de las estrategias mencionadas contribuyeron a la disminución de la circulación del virus y a la cantidad de muertes reportadas (Suaya y Schargrotsky, 2020).

Los CESAC cumplieron un rol articulador de estas acciones y estrategias: la presencia en el barrio y el conocimiento territorial de sus equipos de salud, permitió acompañar las acciones de detección, acompañamiento y seguimiento de casos positivos de COVID 19.

6. La salud sexual y (no) reproductiva en el contexto de pandemia

En los inicios de la pandemia, organismos nacionales e internacionales dictaron normativas y declaraciones para que se continúe garantizando el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

La OMS publicó una guía con recomendaciones que establecían la necesidad de identificar los servicios de salud prioritarios, entre los cuales se encontraban los servicios de salud sexual y reproductiva (OMS, 2020).

La CIDH emitió la resolución 01/2020 para garantizar que, durante la pandemia por COVID 19, las acciones desplegadas por los Estados Latinoamericanos respeten los derechos humanos. En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos recomienda (2020, p.17):

Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de disseminación de información por medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad.

En Argentina, la DNSSR, teniendo estas declaraciones como marco, emitió una nota técnica con recomendaciones para garantizar la prestación de servicios de salud sexual y (no) reproductiva en todas las jurisdicciones del país. La nota manifiesta las posibles dificultades y miedos que pueden experimentar las mujeres en concurrir a los servicios de salud, haciendo énfasis en la importancia de dar respuesta a la demanda sin obstáculos ni demoras.

Entre sus principales recomendaciones se encuentran (2020, p.2):

- Simplificar en extremo los procedimientos para que la atención sea efectiva, segura y ágil.

- La anticoncepción de emergencia en particular es una prestación esencial y de emergencia.
- El acceso a la ILE es un servicio de salud de emergencia y esencial en el contexto de la pandemia.

Sobre la gestión de métodos anticonceptivos, la nota establece estrategias de atención orientadas a la entrega de insumos en los domicilios de las usuarias, a través de modalidades virtuales y telefónicas, control adecuado de stock, incorporación de turnos programados y un aumento de la cantidad del insumo demandado en cada entrega y en cuanto a las ILE, recomienda promover su acceso a través de líneas de acción que garanticen la entrega de medicación, prácticas ambulatorias, atenciones y derivaciones con celeridad, realización de consejerías a distancia, y control adecuado de stock (Dirección Salud Sexual y Reproductiva, 2020).

En CABA se adecuaron las recomendaciones nacionales al contexto jurisdiccional, donde las prácticas de salud sexual (no) reproductiva “se definieron como funciones esenciales de la red de cuidados progresivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el contexto de pandemia de COVID-19 y epidemia de dengue” (Dirección Salud Sexual y Reproductiva, 2020, p.92).

La Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS (GCBA) comunicó a los equipos de atención de SSR de los CESAC, las principales consideraciones vinculadas a garantizar los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos durante la pandemia (Dirección Salud Sexual y Reproductiva, 2020), estableciendo que las prácticas de anticoncepción e ILE son consideradas urgencias y se deben realizar “atendiendo al criterio general de minimizar los desplazamientos de las usuarias, con la mayor premura posible” (Dirección Salud Sexual y Reproductiva, 2020, p.92).

El documento publicado por la DNSR *Impacto de la pandemia COVID-19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva* hace énfasis en la importancia de contar con la totalidad de oferta disponible de métodos anticonceptivos, prioriza los métodos de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés) y describe las acciones para evitar el contagio de COVID 19 en su colocación y extracción (Dirección Salud Sexual y Reproductiva, 2020).

La coyuntura signada por la declaración del ASPO y la profundización de la crisis económica, social y sanitaria que atraviesa Argentina, produjo para las mujeres usuarias de los servicios de los CESAC un escenario de mayor inequidad en el acceso a la SSNR.

El documento *Monitoreo de políticas de salud sexual y reproductiva*, resalta que la agudización de la crisis social y económica y su impacto diferencial en las mujeres -por la sobrecarga de tareas de cuidado, peores condiciones laborales, aumento de desocupación y mayor exposición a situaciones de violencia- “provoca una obstaculización del acceso a la salud sexual y reproductiva (SSyR) de las mujeres, adolescentes, personas trans, travestis y no binarias” (ELA,2020, p.1).

La Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS (GCBA) considera dos factores que impactaron en el proceso de demanda-atención de la SSNR en los CESAC de CABA: las restricciones en la circulación de la población usuaria y la disminución de la oferta de servicios y describe descensos en distintas categorías:

- en las derivaciones a otros efectores, posiblemente porque los equipos hayan priorizado la atención en el mismo efector para evitar los traslados de las personas usuarias.
- en la cantidad total de las interrupciones realizadas en comparación con las cifras del año 2019. Manifiesta dos posibles causas: las restricciones en la circulación, que obstaculizaron el acceso de personas residentes en otras jurisdicciones a los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires y el aumento de la cantidad y calidad de servicios brindados en la Provincia de Buenos Aires (respondiendo a la demanda de las personas usuarias de la jurisdicción).
- en la colocación de métodos de larga duración (como DIU e implantes), indicando como posible motivo el temor de les profesionales a realizar una práctica que implicaba romper con el distanciamiento, establecido como medida de protección. (Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS, 2020).

7. La sanción de la IVE

En diciembre del 2020, transcurrido el primer año de pandemia, teniendo como antecedente la discusión legislativa sobre su despenalización durante el año 2018, se sanciona la Ley

27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Este hito histórico, como conquista y producto de la lucha del movimiento feminista, impactó en el proceso de demanda-atención de abortos seguros que desplegaban los equipos.

Hasta el momento de la sanción, los dos equipos analizados acompañaban interrupciones legales de embarazo (ILE), en el marco del fallo F.A.L. Este fallo, que dictó la Corte Suprema de Justicia en el año 2012, interpreta el marco de legalidad que el Código Penal establece desde 1921 (Ramos et al., 2020) e “insta al Poder Ejecutivo a disponer los medios para acceder al aborto en los casos en que no está penado, o sea que es legal y sienta las bases para demostrar la constitucionalidad de la legalidad del aborto voluntario en Argentina” (Anzorena, 2021).

Las causales por las cuales las personas con capacidad de gestar pueden acceder a la ILE son: cuando el embarazo es producto de una violación, cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud integral de la mujer. El fallo “marca un hito, por primera vez se habla de la interrupción legal de las personas y se aclaran las responsabilidades del sistema de salud” (DNSSR, 2022), y se establece la responsabilidad del Estado en la problemática. Se produce así un cambio de denominación: de abortos no punibles (ANP) a interrupciones legales de embarazo (ILE).

Para garantizar las ILE, los profesionales de los CESAC de CABA intervienen conformando equipos interdisciplinarios entre médicos y el área psicosocial para brindar información y garantizar el acceso a la práctica a través de la administración ambulatoria del medicamento misoprostol. El dispositivo de consejería, entendida como “un modelo de atención que concibe a las personas como sujetos deseantes, históricos, autónomos y con capacidades para tomar sus propias decisiones” (Cammarota et al. 2022, p.4) lo continuaron desplegando con la sanción de la ley de IVE. Este modelo tensiona la dinámica impuesta por el MMH donde la mirada biomédica es prioritaria, posee mayor poder y legitimidad en el proceso de resolución de la demanda, y ubica en un rol subsidiario a otras profesiones.

En 2015, el Ministerio de Salud de la Nación, en un proceso de marchas y contramarchas dado por barreras y obstáculos impuestas por actores conservadores, publica el *Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la ILE*, encuadrando las prácticas que realizan los equipos desde los CESAC para acompañar interrupciones ambulatorias seguras,

a través de la indicación del uso de misoprostol hasta la semana 12 de embarazo. El documento nombra a la ILE como un derecho e incorpora la denominación “personas con capacidad de gestar” que incluye a mujeres y a otras identidades (Fernández, 2020). En edades gestacionales más avanzadas, los profesionales realizan articulaciones con el hospital de referencia donde, en ocasiones, surgen obstáculos vinculados al acceso de las mujeres usuarias al primer nivel de atención.

En CABA, la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS (Ministerio de Salud, GCBA) es la encargada de monitorear el acceso a los DDSNR, que involucra el proceso de demanda-atención de IVE-ILE en los CESAC.

Los primeros registros de acceso a ILE que posee la Coordinación son del 2014, donde únicamente dos efectores de CABA garantizan la práctica, año en que realiza la primera compra de misoprostol para los efectores que contaban con consejerías.

En CABA, en el 2015, aumenta significativamente el número de efectores: para ese entonces, se garantizaba el acceso a la ILE en la mitad de los CESAC, constituyéndose “como la principal puerta de acceso a las ILE” (Coordinación Salud Sexual, ITS y VIH, 2020, p.37).

Esta transformación se produce como un proceso de institucionalización de las prácticas (con la autonomía que permite el campo de la salud), llevadas por los equipos de salud “desde abajo” en la búsqueda de garantizar derechos sexuales y (no) reproductivos a las mujeres usuarias. Fernández caracteriza esta dinámica como “políticas públicas difusas”, concepto que (2020, p32):

Remite a la indeterminación, contradicción y al *laissez faire* que ha caracterizado a las políticas de aborto desde los espacios de decisión política y que ha posibilitado la introducción de acciones llevadas a cabo por “los eslabones más concretos de la política pública”, los/las profesionales de la salud.

El informe *Salud Sexual y Reproductiva en CABA* difunde los siguientes datos sobre el proceso demanda-atención de las ILE en los CESAC durante el año 2020 (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2020):

- se registra una efectividad del 93% de los tratamientos con misoprostol utilizados en los CESAC.
- el primer nivel de atención dio acceso al 80% (6.303) de las 7.896 ILE realizadas en CABA.

- la causal salud integral es la reportada con mayor frecuencia.
- El área programática del Hospital Piñero, donde se encuentra ubicado el CESAC A, es la que más ILE registra en CABA, con un total de 1572 atenciones. El área del Hospital Fernández, que incluye al CESAC B, cuenta con 310 asistencias.

En el año 2020, por primera vez, se observa una disminución de casos (499 casos menos) atendidos en los CESAC de CABA, que la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS atribuye a las limitaciones en el acceso a los servicios de SSNR producidas por el contexto de pandemia.

Anzorena analiza” cómo los quehaceres de los feminismos se van anudando con las formas y función del Estado entendido éste como un espacio de disputas” (2018, p.4) y reflexiona que los feminismos “han sabido traducir sus categorías abstractas en demandas claras, configurando leyes y políticas” (2020). La ley de IVE es un ejemplo de ello.

De aplicación obligatoria en todo el país, bajo un modelo mixto de plazos y causales (DNSSR, 2021), la ley de IVE-ILE establece que todas las personas con capacidad de gestar tienen derecho a solicitar interrumpir un embarazo hasta la semana 14 inclusive, sin tener que dar cuenta del motivo (IVE). En su Artículo 2, incorpora los derechos de las personas a decidir la interrupción, requerir y acceder a la atención en los servicios de salud y prevenir embarazos no intencionales a través de información, ESI y MAC (Ley 27.610, 2021). Fuera del plazo que establece la ley, las personas tienen derecho a acceder a una interrupción cuando el embarazo es producto de una violación o pone en riesgo la vida o la salud integral de la persona (ILE a partir de la semana 15 de gestación). En las dos situaciones se solicita la firma de un consentimiento informado y se debe garantizar la atención post-aborto, que incluye la elección de un MAC.

La ley de IVE indica que las prácticas que lleven a cabo los equipos de salud deben incluir: atención integral en todo el proceso, trato digno, privacidad, confidencialidad, respeto a la autonomía de las personas usuarias, acceso a la información y calidad (Ley 27.610, 2021).

La DNSSR publicó el protocolo IVE-ILE y atención post-aborto como guía de las prácticas de los equipos de salud, quienes tienen la responsabilidad de garantizar las prácticas y “no obstruir el derecho a la IVE” (DNSSR, 2021,p.2). El protocolo detalla que la sanción de la

IVE “fortalece las políticas públicas impulsadas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos” (DNSSR, 2022, p.1).

El informe del *Proyecto Mirar*, elaborado por organizaciones de la sociedad civil en base a datos oficiales, registra que, durante el primer semestre del año 2021 en CABA, el 76% de las IVE se realizaron en los CESAC (Romero et. al., 2021).

En este nuevo escenario, de intersección del nuevo marco legal y la pandemia, los equipos analizados continuaron con su posicionamiento histórico de conceptualizar las ILE-IVE como derechos, que requieren de atenciones prioritarias y de dispositivos específicos para garantizar la accesibilidad de las mujeres usuarias.

8. Estructura de la tesis

La tesis está organizada en cuatro capítulos e inicia con la presente introducción, donde desarrollo los objetivos y la propuesta de análisis, la relevancia del tema seleccionado y abordo las primeras aproximaciones sobre la irrupción de la pandemia y la declaración del ASPO en general y en los barrios populares donde se ubican los CESAC en particular. En esta sección, también incorporo las políticas públicas de SSR y SSNR que se despliegan a nivel nacional y en CABA y su marco normativo, estableciendo sus particularidades durante la pandemia y profundizando en la sanción de la Ley de IVE.

En el Capítulo 1 desarrollo el marco teórico, describiendo conceptos que se encuadran en las perspectivas de género, derechos y Salud Colectiva.

El Capítulo 2 da cuenta del enfoque metodológico de la tesis y describe los objetivos, las hipótesis y el problema de investigación. También el tipo de estudio, las técnicas de relevamiento y mi posición en el campo de investigación.

El análisis sobre los impactos de la pandemia en las desigualdades de la población usuaria de los CESAC, en las inequidades de las mujeres usuarias de los servicios de SSNR y en los equipos entrevistados, conforman el Capítulo 3, que denominé “Impactos”. Cada apartado finaliza con una discusión.

Por último, en el Capítulo 4 pongo el foco en los efectos de la pandemia en el proceso de demanda-atención de los equipos de SSNR, a través de un análisis que integra resultados y

discusión. Aquí describo la organización del proceso de demanda-atención de SSNR que llevaron a cabo los equipos antes, durante y post pandemia.

Profundizo en las demandas que realizaron las mujeres usuarias y los obstáculos visualizados por las entrevistadas para garantizar el acceso a MAC e IVE-ILE. Concluyo el capítulo con el análisis sobre los efectos de la sanción de la Ley de IVE en la atención de los equipos.

La tesis finaliza con las conclusiones, donde recupero las principales reflexiones y análisis de los capítulos anteriores a los fines de presentar los aportes que realiza la investigación.

Capítulo 1. Marco conceptual

La propuesta de definición de lo (no) reproductivo de Brown (2008) guiará el análisis de la tesis³ junto con otros conceptos que encuadro dentro del enfoque de derechos y del Movimiento de Salud Colectiva, que desarrollo a continuación.

Atención primaria de la salud (APS)

La OMS establece que el objetivo principal de la APS es garantizar el derecho a la salud, promoviendo la equidad, solidaridad y la universalidad (2020). Su definición “refiere a un proceso fundamental en el sistema de salud que favorece los servicios de contacto inicial, accesibles, integrales y coordinados que proporcionan una continuidad asistencial y están centrados en el paciente” (OMS, 2020,p.16).

La estrategia de APS, jerarquiza el primer nivel de atención y establece el abordaje comunitario de las problemáticas bio-pisco-sociales de las poblaciones (N°153,1999), priorizando su atención en el territorio en el menor tiempo posible (OMS, 2021). En CABA está establecida por la Ley Básica de Salud N°153.

La APS se orienta a la promoción de la salud: como proceso político y social de abordaje de los determinantes sociales para mejorar las condiciones de vida (De la Guarda y Ruvulcaba, 2020), donde los sujetos ejercen el derecho a la salud desde una perspectiva integral y a través de la participación comunitaria como una de sus principales estrategias (Menéndez, 2020).

Una de las modalidades de implementación de APS, es a través de la instalación de centros de salud, mayoritariamente, en barrios donde reside población vulnerable y la conformación de equipos de salud que incorporan nuevas especialidades médicas (medicina general o de familia) a las denominadas transversales (clínica, pediatría, obstetricia, psiquiatría) y profesiones de núcleos por fuera de la medicina (Róvere, 2012). Frente a la hegemonía hospitalaria, los centros de atención primaria se encuentran históricamente des-jerarquizados (Spinelli, 2020).

³ A los fines de agilizar la lectura, en diversas ocasiones utilizaré la sigla SSNR -Salud Sexual y (No) Reproductiva- para dar cuenta del concepto incorporado por Brown.

Testa diferencia dos modalidades de implementación de la APS: países que la consideran la puerta de entrada al sistema de salud y la organizan a través de regiones y referencias y aquellos en que “se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud” (1996, p.6). Dentro de este último grupo, el autor incluye a los países latinoamericanos dependientes, donde la APS se constituye como el único servicio disponible, de segunda categoría (Testa, 1996), de este modo la APS puede resultar selectiva (Liborio, s.f.), implementarse sin financiamiento y como una estrategia para poblaciones pobres (Spinelli, 2020).

Determinantes sociales de la salud

El movimiento latinoamericano de Salud Colectiva, como campo interdisciplinario en diálogo con la medicina social y crítico de la biomedicalización de la salud (Michalewicz et al., 2014), analiza las modalidades en que las sociedades se organizan para dar respuestas a los problemas de salud, incorporando prácticas “que toman como objeto las necesidades sociales de salud” (Almeida Filho y Paim, 1999, p.16), sin perder de vista los procesos sociales e históricos que los conforman. Esta corriente promueve una transformación de perspectiva orientada a lo social y colectivo (Nunes, 2014).

La salud colectiva incorpora a los determinantes sociales, estableciendo que “la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado” (Breilh, 2013, p.20). Considera los procesos como colectivos y grupales (Breilh, 2013) en los que se recupera la dimensión socio-histórica de los sujetos en sus comunidades (Paim, 1992).

Almeida Filho vincula los determinantes sociales con las desigualdades sociales, económicas y políticas (2020, p.17):

Las desigualdades en salud, determinadas por diferencias relacionadas con los ingresos, la educación, la clase social y otros factores, en la medida en que adquieren sentido en el campo político como resultantes de conflictos vinculados a la distribución de la riqueza en la sociedad, deben ser consideradas como producto de la injusticia social y, por lo tanto, como inequidades en salud.

Los determinantes sociales actúan en la dimensión poblacional (territorio), la social (familia, grupo, clase social) y la simbólica cultural (etnia y género) (Almeida Filho, 2020).

Teniendo como objeto el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-prevención (PSEACP)⁴, la Salud Colectiva caracteriza a la salud y enfermedad como proceso y no como categorías opuestas: “se realizó entonces un pasaje de verlos como elementos opuestos -o categorías dicotómicas- a conceptualizarlos como articulados en un proceso” (Michalewicz, et al., 2014, p.218). La incorporación de la relación como proceso permite, a su vez, comprenderlo dentro de la dinámica social y sus vinculaciones con los determinantes sociales (Laurell, 1982).

Menéndez establece la relevancia de analizar la atención contemplando sus diferentes formas de construcción a lo largo de la historia y las relaciones establecidas por les usuaries (2020). El autor afirma que “los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, no son mecánicos, unilaterales ni definitivos” (Menéndez, 2020, p.18).

El PSEACP, como objeto constitutivo de la Salud Colectiva (Michalewicz et al., 2014), se construye a partir de la dimensión política que el Modelo Médico Hegemónico (MMH) tiende a invisibilizar (Menéndez, 2005).

Eduardo Menéndez, define al MMH como (1988, p.1):

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

⁴En el desarrollo histórico del concepto, se incluyen otras acciones al proceso como “cuidado” (Michalewicz, 2014) y “prevención” (Menéndez, 2020). Existen planteos de modificación de Atención por Cuidados. En este trabajo utilizaré el concepto incluyendo todas sus dimensiones: Salud- Enfermedad- Atención-Cuidado- Prevención, profundizando en las dimensiones de cuidado y autocuidado por su vinculación con los objetivos de análisis propuestos.

La hegemonía -del enfoque biomédico- se debe comprender en vinculación con las prácticas que subalterniza: si bien puede llegar a reconocer la dimensión social, no la aplica en su práctica (Menéndez, 1988). La hegemonía de la perspectiva biomédica realiza explicaciones de las enfermedades por sus factores biológicos y genéticos (Antoñanzas y Gimeno, 2022), reduce la enfermedad a diagnósticos (Menéndez, 2005) y excluye “los procesos históricos y los condicionamientos socio-económicos, culturales e ideológicos” (Menéndez, 2005, p. 12).

Algunas de las características del MMH son su pragmatismo, individualismo (Menéndez, 2020), ahistoricidad y biologismo, constitutivo de la formación médica: “lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad” (Menéndez, 1988, p.2). No implica que el enfoque biomédico efectivamente responda a todas las demandas, pero sí que su constitución sea la hegemónica, en relación a otros saberes que conforman el PSEACP (Menéndez, 2005).

La Salud Colectiva identifica que las inequidades en salud expresan las injusticias producidas por las formas en que se organiza la sociedad y las relaciones de poder y que para su abordaje es necesario contemplar las dimensiones específicas del campo de la salud (“equidad de resultados, acceso a servicios y calidad de la atención”) y de aquellas que funcionan como contexto (“equidad en las condiciones de vida y trabajo y en sus determinante sociales, económicos, culturales y políticos”).

De este modo, la Salud Colectiva establece que “el complejo desigualdad-inequidad se aborda a partir de la (re)construcción/comprensión de lo social, sus procesos determinantes y mediadores y tiene expresiones tanto en los procesos de salud/enfermedad, como en los procesos de atención/cuidado” (Linares y Oliva, 2008, p.254).

Spinelli, Urquía, Bargalló y Alazraqui recuperan que, en contextos de emergencia social y sanitaria, las políticas de salud deben orientarse hacia la equidad, que definen como un concepto complejo y con una pluralidad de significados y sentidos, que debe vincularse con otros como “justicia, igualdad, necesidad y libertad” (2002, p.3).

Los autores proponen orientar los objetivos vinculados a la equidad en salud a la dimensión micro, a los procesos de trabajo desde lo local, porque facilita la implicación de les

trabajadores de la salud en la resolución de los problemas de salud: pasar de la lógica del diagnóstico a la lógica de la acción (Spinelli et al., 2002).

En el año 2005, la OMS conforma la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para el abordaje de las inequidades sanitarias (OMS, 2009). Afirma que los determinantes sociales de la salud conforman la mayor parte de las desigualdades en salud (OMS, 2009) y los define como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OPS,2022).

La OMS diferencia a los determinantes sociales de las desigualdades en salud, que repercuten en las posibilidades de tener buena salud de la población, en estructurales e intermedios. Como estructurales identifica los contextos socioeconómicos y políticos "que afectan de manera importante a la estratificación social y la distribución de poder y recursos dentro de ella" (Malmusi,2012,p.183). Y como intermedios a: la clase social, género, edad, raza-etnia, y el territorio de procedencia o de residencia (Malmusi, 2012)

Accesibilidad

La OMS (2021) considera a la accesibilidad como uno de los tres factores (junto con la disponibilidad y la capacidad) que posibilitan que la cobertura de los servicios de salud y sus resultados, sea integrada y de calidad.

Según Lagoria (2020), en los escritos sobre accesibilidad se incluyen dos variables: la población objetivo y la organización del sistema que se oferta, en esta línea Comes afirma que, desde esta mirada, se analiza la accesibilidad a los sistemas de salud públicos desde una única dimensión: la oferta, y que su efectividad estaría dada solo eliminar las barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que se imponen.

Comes reflexiona que el planteo que incluye únicamente a la oferta, conlleva un problema al excluir la implicancia subjetiva de aquellos que necesitan de los servicios (Comes et al, 2007) y propone comprender la accesibilidad desde una dimensión vincular, donde se articulan dos

actores del sistema de salud: sujetos y servicios y la define como “la posibilidad que tienen los sujetos para acceder a los servicios cuando lo necesitan” (2005,p.139).

Desde esta perspectiva, dinámica y relacional, dada por el encuentro y des-encuentros entre usuarios y servicios, es donde se vuelve necesaria “la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso” (Comes et al,2007).

Tomando la dimensión social, Carballeda define a la accesibilidad como una “construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias” (2012, p.3). Define el término como un “lazo social” entre el sistema de salud y los usuarios y como la llegada, permanencia y trayectoria de los sujetos en el sistema de salud.

En su planteo, Carballeda incorpora la dimensión organizacional (organización de turnos, horarios y recorridos) y la cultural-simbólica (prácticas de cuidado y auto-cuidado de los usuarios, uso y sentido de los recursos) y le atribuye particular importancia a la dimensión territorial donde se “construyen sentidos, pujas y posibilidades” (Carballeda, 2012, p.5).

Carballeda realiza un recorrido histórico del término en Argentina, estableciendo que, a partir de la conformación del sistema de salud, la accesibilidad fue construida desde una dimensión universal y que luego se fue apartando de los derechos sociales, para incorporarse a la lógica asistencialista y economicista impuesta por el mercado. En la actualidad, establece que la accesibilidad debe incorporar las nuevas subjetividades y modalidades de construcción de la demanda a los servicios de salud y propone pensarla en el marco del proceso histórico social de la salud, “desde la perspectiva de los sujetos de derecho social que hacen uso del sistema de salud” (Carballeda, 2012, p.7).

Recupero la propuesta de este autor y de Arias y Sierra (2019) orientada a incorporar las categorías de reconocimiento (como encuentro y vínculo) y hospitalidad (entender al otro, como distinto) al concepto de accesibilidad, proponiendo analizar nuevas modalidades de encuentros entre las instituciones y los sujetos, que resulten afectivos y afectivos (Arias y Sierra, 2019), que se producen entre actores con desigualdad de poder: “las instituciones habilitan y regulan los ingresos en un encuentro entre sujetos en donde la diferencia de poder

coloca a los trabajadores de las instituciones en un lugar diferencial” (Arias y Sierra, 2019, p.2).

En su análisis, Arias y Sierra realizan una diferenciación entre la accesibilidad como “acceso a derechos”: que reconoce al otro en su subjetividad, y la “accesibilidad al consumo”, vinculada al “yo pagué” (Arias y Sierra,2019).

Equipos de salud: cuidado, integralidad e interdisciplina

En contraposición al modelo biomédico, que despliega acciones y procesos fragmentados, autores posicionados desde el campo de la Salud Colectiva, proponen pensar las acciones de cuidado de los equipos de salud vinculadas a la concepción de integralidad, de un “saber hacer en común”, que incluye aspectos técnicos, pero principalmente políticos, y así recuperar la importancia que tenemos como sujetos políticos de pensar nuestras propias acciones (Pinheiro, 2007). Así, el “saber hacer en común” se conforma por acciones y decisiones colectivas e individuales, es una idea superadora de la suma de miradas y especificidades profesionales.

Autores posicionados desde la Salud Colectiva, consideran a los equipos de salud ofertando una noción de cuidado que reconoce a los usuarios como sujetos, en su subjetividad y en su alteridad (Coelho, Monteiro y Pinheiro 2007). La perspectiva de cuidado, entendida como construcción de diálogos entre “cuidadores y cuidados” (Ayres,2018) implica el reconocimiento de la demanda de cada usuario y principalmente del usuario como actor legítimo de esa relación (Barros,2007).

El cuidado incluye a la noción de integralidad como constitutiva de las prácticas cotidianas de los equipos (Gómez, Da Silva, Pinheiro y Barros de Barros, 2007) y la integralidad, como dispositivo político, se basa en el encuentro de actores que implementan acciones cotidianas de salud, teniendo como propósito producir relaciones de acompañamiento, respeto y dignidad (Figueiredo, Bonaldi y Barros de Barros,2007). Estos encuentros, no exentos de conflictos, se producen en un campo de fuerzas conformado por trabajadores, usuarios y gestores de la política pública en salud.

La concepción de integralidad pone en disputa los modos fragmentados, individualizados y descontextualizados de los saberes y prácticas hegemónicas (Coelho et al., 2007) y su desafío se orienta a la escucha atenta y sensible para la construcción compartida de respuestas (Ayres, 2018).

Minayo (2008) afirma que el campo de salud es tan complejo que demanda diversidad de miradas para su explicación y entendimiento y Stolkiner que la interdisciplina es un posicionamiento que tiende a la integración y supone un trabajo “sostenido y constante” y que reconoce que las disciplinas son incompletas, que cooperan entre sí y legitima “las importaciones de un campo a otro” (Stolkiner, 2005, p.5).

La perspectiva interdisciplinaria es una herramienta fundamental para intervenir en la complejidad social, que trasciende la tradición de la parcialidad positivista, posibilita la contención grupal de los profesionales y “la elaboración de alternativas políticas de conjunto” (Cazzaniga, 2002, p.8). La accesibilidad, se instaura como modalidad de resolución de los problemas de salud, rompiendo con la unidireccionalidad que construyó el discurso médico hegemónico (Róvere, 1996).

Cuidado y trabajo vivo

Comparto el desarrollo realizado por Michalewicz et al. (2014) sobre las dimensiones que implica el concepto de cuidado para pensar las prácticas en salud, desde una mirada colectiva y superadora de la idea de atención, que no llega a describir su complejidad.

Si bien los autores establecen el carácter polisémico del concepto de cuidado, recuperan características que dan cuenta que las prácticas de salud exceden al sector sanitario: el cuidado está centrado en los encuentros usuaries-trabajadores de salud (Michalewicz et al., 2014):

“(…) En un sistema de salud los profesionales producen modos diferentes de cuidado y de cuidar, que también son percibidos de manera diferente por quien es cuidado. Por lo tanto, los modos de cuidar y de producir cuidados se irán delineando y percibiendo por quien los produce y por quien los recibe” (Sousa y Erdmann, 2012, citado por Michalewicz et al., 2014)

La dimensión vincular cobra significativa importancia ya que no solo conforma las prácticas, sino que se constituye como el eje organizador de los servicios de salud. Las prácticas cuidadoras son entendidas como prácticas enmarcadas en un tipo de vínculo, el cual se caracteriza por el buen trato, el miramiento y la empatía (Michalewicz et al., 2014).

Recupero esta perspectiva del cuidado junto al planteo de Merhy, que entiende a los cuidados como encuentros entre usuaries y trabajadores -individuales y colectivos- donde circula el afecto. Merhy establece que los trabajadores se constituyen como productores de aquellos cuidados en lo cotidiano, tanto en el proceso de trabajo como “en la producción de sí mismos como sujetos del trabajo” (Merhy, 2012, p.10).

Merhy manifiesta que estos encuentros, pueden devenir en “líneas de vida” o “líneas de muerte” (entendido como trabajo muerto) según se construya vínculo, empatía, acogimiento o prácticas burocratizadas que producen insatisfacción (2012). También destaca el carácter subjetivo que se produce en el proceso de cuidado: “el plano del trabajo y del cuidado en salud es el lugar de manifestación de las singularidades y por ello es diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción” (Merhy, 2012, p.1).

Los cuidados se construyen en el marco del proceso –relacional- que Merhy denomina “Trabajo vivo en acto”: la libertad y autonomía que tienen los trabajadores de salud en sus prácticas: “asociada a los agenciamientos del deseo inmanentes a la actividad productiva de cada trabajador, van produciendo la realidad social inscripta en el mundo del cuidado” (Merhy, 2012, p.13). De este modo, el trabajo vivo, como acto micropolítico y plataforma donde se producen las redes de cuidado y los actos de salud, oscila entre los procesos de “des-territorialización” y “re-territorialización”, como cambios subjetivos y estructurales de “nuevas formas de actuar en salud” (Merhy,2021).

Auto-atención

Esta dimensión del proceso de salud-enfermedad desarrollada por Menéndez, me permite analizar los procesos particulares que se desplegaron a partir de la irrupción de la pandemia por COVID 19.

La autoatención tiene puntos de encuentro con el sector salud (Menéndez, 2020) y articula las diferentes formas de atención que conocen y usan los sujetos: “está basado en el

diagnóstico, atención y prevención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes pequeños grupos (de amigos, de trabajo, vecinos) dentro de los que desarrollan su vida los sujetos, pero sin la intervención directa de un curador profesional” (Menéndez, 2020,p.94). El MMH es crítico de esta dimensión.

Menéndez comparte que la autoatención “debiera ser reconocida como lo que es, el primer nivel real de atención, lo cual implicaría que el sector salud debiera utilizar esta forma de atención en sus programas de actividades, pero a partir de reconocer su autonomía relativa” (Menéndez, 2020, p.125). Desde esta perspectiva, la autoatención, a diferencia del sentido individual que le otorga la biomedicina, refiere a la dimensión grupal de la que los sujetos son parte, e incorpora la idea de que los sujetos aprenden y utilizan saberes en sus grupos de pertenencia.

El género como determinante social de la salud

Scott define a la categoría de género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos” (1990, p.289), dando cuenta de relaciones de poder. Rubin (1986), pone la lupa sobre la subordinación de las mujeres (y todo aquello significado como femenino) como proceso sociopolítico y producto de las relaciones sociales.

Butler, realiza una crítica al entendimiento de las identidades de género como fijas y estables: "se encuentran en un permanente proceso de construcción y, por consiguiente, pueden ser resignificadas (...) El género se convierte en algo que se hace en vez de ser algo que se es" (citado por Esteban,2006, p.15).

Para dar cuenta de las situaciones de inequidad de las mujeres usuarias y visibilizar las desigualdades cruzadas que atraviesan, incorporo el concepto de interseccionalidad. Tomo el planteo de Crenshaw representante del feminismo negro de Estados Unidos, quien la define como una herramienta que permite “articular la interacción general entre el racismo y el patriarcado” (2012, p.115). En la misma línea, Viveros Vigoya, antropóloga colombiana, afirma que (2016, p.8):

Ha servido para desafiar el modelo hegemónico de “La Mujer” universal, y para comprender las experiencias de las mujeres pobres y racializadas como producto de la intersección dinámica entre el sexo/género, la clase y la raza en contextos de dominación construidos históricamente.

La perspectiva de género en salud permite incorporar las diferencias y especificidades de salud de mujeres y varones (Tajer, 2003), poniendo de manifiesto los mecanismos que estructuran las desigualdades entre varones y mujeres (y otras identidades sexo-genéricas) y sus efectos en la salud (Antolín y Mazarrasa en Velasco, 2014). De esta manera, se diferencia de los enfoques centrados en el sexo, que “se ha construido y se construye desde una mirada totalmente jerárquica, dicotómica y heterosexual del cuerpo humano y de las relaciones sexuales” (Esteban, 2006, p.14).

La categoría de género, permite deconstruir sentidos y estereotipos naturalizados de la relación con la salud que establecen varones y mujeres (Gomes y Couto, 2014), buscando “identificar las diferencias sociales y culturales experimentadas por mujeres, varones y otras identidades, y el impacto que tienen en su relación con la salud” (Belli, 2019). Las diferencias entre los géneros se transforman en inequidades de salud: las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan de modo diferencial los PSEACP: las vulnerabilidades vinculadas al sistema de socialización patriarcal determinan formas distintas de vivir, consultar, enfermar, morir, demandar atención entre otras entre varones y mujeres (Tajer, 2003).

La precarización de empleos feminizados, la sobrecarga de tareas de cuidado y trabajo doméstico vinculados a roles impuestos por la división sexual del trabajo impactan de forma específica en la salud de las mujeres (Antoñanzas y Gimeno, 2022).

Desarrollo en particular las dimensiones de cuidado y violencias por motivos de género por constituirse en desigualdades que impactaron en las mujeres usuarias de los CESAC analizados. Según Bidaseca (2020), “la división sexual desigual del trabajo, la violencia contra las mujeres, y el racismo son cuestiones fundamentales para ser complejizadas como condición para superar una vida de opresión y desigualdades”.

El cuidado es construido socialmente como una acción generizada, invisibilizada, sin reconocerlo como trabajo ni como consecuencia de la división sexual del trabajo (Esteban,

2006). La naturalización de las tareas de cuidado y su caracterización como atributos femeninos invisibilizan “la explotación de las mujeres a través de las tecnologías reproductivas para la producción de fuerza de trabajo” (Paz y Ramírez, 2019, p.95). De este modo, el trabajo de cuidados, bajo la imposición patriarcal, posibilita la reproducción social (Alvarez, 2020). Como características generales, los cuidados siempre implican una relación, pueden realizarse dentro o fuera de la familia y ser o no remunerados (Batthyány, citado por Osorio, 2021). En la actualidad, se habla de la crisis de los cuidados como “producto del ingreso de las mujeres al mercado de trabajo, lo que generó en muchos casos la aparición de dobles y triples jornadas laborales” (Osorio, 2021).

La violencia contra las mujeres constituye un problema de salud pública y de vulneración de derechos humanos. Federici afirma que es necesario entender las violencias fuera del ámbito individual y dentro de la dinámica “del patriarcado y del capital”, ya que son violencias relacionadas con el género, pero también con la precariedad de la vida (2017). En la dinámica patriarcal, los varones hetero-cis se encuentran en posiciones de poder y las identidades feminizadas ocupan socialmente posiciones de subordinación: “este tipo de relación desigual expone a las mujeres a sufrir todo tipo de violencia” (Monzón, p. 23).

En Argentina la Ley 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales es el marco normativo que, a nivel nacional, protege a mujeres y diversidades frente a los tipos y modalidades de violencias por motivos de género que incorpora la ley. La sanción de esta ley responde a una problemática de salud pública: según la estadística de la línea telefónica 144 (Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad de la Nación) que brinda contención y asesoramiento por situaciones de violencia por motivos de género, durante el primer semestre del año 2022, el 97% de las personas que se comunicaron fueron mujeres (Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad de la Nación, 2022).

Contino y Liwski y Bidaseca, entre otros, afirman que la pandemia profundizó desigualdades y expuso a las mujeres y personas LGBT+ a las violencias. Contino y Liwski, establecen que las medidas tomadas para controlar la pandemia, como el aislamiento, constituyen un factor de agravamiento (2021) y Bidaseca manifiesta que “el impacto negativo de la pandemia se agudiza sobre poblaciones históricamente excluidas desde las condiciones de género, clase, étnico-raciales o de residencia” (2020, p.11). Por la magnitud que posee la problemática en

términos cuantitativos y de impacto en las múltiples dimensiones de las vidas de mujeres, Medina denominó a la violencia contra las mujeres como “la pandemia dentro de la pandemia” (Medina en Monzón 2021).

Capítulo 2: Enfoque metodológico

El objetivo general de la tesis consiste en comprender y describir percepciones y prácticas sobre el abordaje de la demanda-atención en salud sexual y (no) reproductiva de los equipos interdisciplinarios durante la pandemia COVID 19 de los CESAC identificados.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Describir las estrategias de atención en salud sexual y (no) reproductiva desplegadas por los equipos interdisciplinarios de los CESAC identificados durante la pandemia COVID 19.
2. Comprender las percepciones de los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios sobre los obstáculos en el acceso a los servicios de salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres usuarias durante la pandemia COVID 19
3. Comprender las percepciones de los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios de atención en salud sexual y (no) reproductiva de los CESAC sobre el impacto de la pandemia COVID 19 en las desigualdades que atraviesan las mujeres usuarias.

Parto de la hipótesis de que las estrategias de atención desplegadas durante la pandemia COVID 19 por los equipos interdisciplinarios de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva de los CESAC, visibilizan los obstáculos instituidos en el sistema de salud para garantizar la accesibilidad de las mujeres usuarias.

También que la pandemia COVID 19 profundizó las inequidades de género que atraviesan las mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva de los CESAC. La pregunta que guía esta tesis es de qué modo de los equipos interdisciplinarios de los dos CESAC identificados abordaron el proceso de demanda-atención de la salud sexual y (no) reproductiva durante la pandemia COVID 19.

,

Tipo de estudio

La estrategia teórica-metodológica fue cualitativa. Teniendo como objetivo general de mi investigación comprender y describir representaciones y prácticas sobre el abordaje del

proceso demanda-atención de la salud sexual y (no) reproductiva de los equipos interdisciplinarios de dos centros de salud (Bajo Flores y Retiro, CABA), la estrategia cualitativa posibilita un análisis desde la experiencia y perspectivas de los actores involucrados, recuperando sus saberes y prácticas (Hipertexto PRIGEPP Taller de tesis, 2020, 4.2). Este tipo de investigación, “proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas” (Hernández, Fernández, Baptista, 2006, p.26) y permite realizar un diseño flexible y con posibilidades de ser modificado en el proceso (Hipertexto PRIGEPP Taller de tesis, 2020, 4.2).

Técnicas de relevamiento

La técnica de entrevista permite recuperar las experiencias de atención de cada equipo de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva y de los profesionales que los conforman y posibilita analizar representaciones y opiniones contextualizados sobre la vinculación de la atención de estos servicios con las inequidades que afectan a las mujeres usuarias, en el marco de la pandemia por COVID 19. Ha sido de interés recuperar la historia previa de abordaje en la temática de cada equipo, estableciendo semejanzas y diferencias con el contexto de pandemia.

Durante los meses de junio y julio del año 2022, realicé ocho entrevistas semi-estructuradas individuales en modalidad virtual, correspondiendo cuatro entrevistas a profesionales que conforman el equipo de atención en SSNR del CESAC A (dos trabajadoras sociales, una antropóloga y una médica generalista) y cuatro a profesionales del equipo del CESAC B (tres médicas generalistas y una trabajadora social). Como mencioné, seleccioné estos centros de salud por estar ubicados en barrios populares que se vieron particularmente afectados por la pandemia.

Los ejes de indagación de las entrevistas se estructuraron en: 1. estrategias de atención durante la pandemia, 2. desigualdades y percepciones, 3. cambios y continuidades en los modos de atención: en la pre y post pandemia y luego de la sanción ley de IVE.

El acceso a les entrevistades fue a través de dos informantes clave quienes brindaron los contactos de los profesionales de cada equipo. Las entrevistas se pactaron según la disponibilidad horaria de cada entrevistade y se realizaron bajo las modalidades de

videollamada y llamada telefónica. Antes de cada entrevista, se leyó un consentimiento informado en el que los participantes manifestaron su acuerdo oral (y también por escrito en uno de los CESAC) en participar de la investigación. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de los entrevistados, y luego transcritas.

Las citas textuales se realizan bajo seudónimos para resguardar la confidencialidad y el anonimato de los entrevistados. Por el mismo motivo, los CESAC analizados se identifican de modo diferente al original.

Ser parte del campo

“Como científicos sociales nos enfrentamos a un peculiar dilema: somos parte del mundo que estudiamos”
(Burawoy, 2018)

Tomo los conceptos de conocimiento situado y de reflexividad, que me permiten analizar cómo mi propia experiencia moldeó el trabajo de campo y la investigación misma. Haraway, define al conocimiento de las ciencias sociales como imparcial y situado (Haraway citado por Fernández, 2020) y Guber entiende a la reflexividad como la presencia de categorías como el género y la etnicidad, entre otras, que atraviesan a los investigadores y se ponen en juego en el trabajo de campo (2008). La reflexividad permite ir identificando en el trabajo de campo “la presencia de los propios marcos interpretativos y el de los informantes, ayudando a elucidar cómo cada quien interpreta esa relación” (Páez y Savall, 2009, p.3).

Me parece central destacar que fui parte de un equipo de atención primaria de la salud e integré el equipo de SSNR de un CESAC de CABA durante varios años que incluyen al período de pandemia. Este recorrido me permitió acceder a una de las informantes clave, así como tener conocimiento previo de las dinámicas generales que llevan a cabo los equipos en relación a las estrategias de SSNR.

Uno de los CESAC analizados forma parte de la misma área programática que el CESAC que yo integraba, por lo que había compartido previamente instancias de trabajo, capacitaciones y reuniones con parte de las entrevistadas. Si bien esta situación no sucede con el otro CESAC analizado, mi recorrido, experiencia y sensaciones fueron parte del

encuentro con las entrevistas, por lo que la vigilancia epistemológica⁸, se puso en juego con mayor fuerza, para que no interfieran en el proceso de recolección de datos.

⁸ Recupero el análisis de Bourdieu que establece que para que le investigadore pueda ejercer la vigilancia epistemológica, “es necesario que (...) desarrolle, en primer lugar, la capacidad de reflexionar epistemológicamente respecto del lugar que éste ocupa en el campo científico y en la sociedad en general” (Bourdieu en Blanco, 2016, p.1)

Capítulo 3: Impactos

3.1 *“Todo se hizo más crudo, más vertiginoso, en el cruce de desigualdades vimos lo peor”- Impactos de la pandemia sobre las desigualdades de la población usuaria de los CESAC*

La población que reside en los barrios donde se ubican los CESAC, atraviesa múltiples vulneraciones de derechos: la falta de recursos económicos, el empleo informal, la precariedad habitacional y la ausencia de servicios básicos son algunas de las dimensiones que configuran la vida cotidiana de la población que consulta en los centros de salud.

Las medidas tomadas para dar respuesta a la emergencia sanitaria provocaron “una fuerte retracción económica” (Bonfiglio, Salvia y Vera, 2020), caracterizada por la reducción de ingresos, disminución de puestos de trabajo, pérdida de horas trabajadas y aumento de inseguridad alimentaria (Donza, 2021). La OIT prevé que este escenario produzca importantes pérdidas de ingresos para los trabajadores, principalmente para aquellos que se encuentran en situación de pobreza (OIT, 2020).

Los profesionales entrevistados describen una fotografía barrial que refleja la dinámica cotidiana suspendida, configurándose como el nuevo escenario de actuación para ellos: los CESAC analizados fueron casi las únicas instituciones que continuaron brindando servicios en los barrios. Esta situación se convirtió en un nuevo desafío para los equipos entrevistados: garantizar el acceso a la salud contemplando las nuevas lógicas de la realidad social de los barrios y recepcionando demandas que, usualmente, la población realizaba a otras instituciones.

(...) Insisto en esto, que la salita era lo único abierto, porque si no los barrios populares están llenos de instituciones, entonces la gente tiene un montón de lugares a donde ir, pero hasta la iglesia había cerrado en un primer momento, todo lo absorbíamos nosotros, cosas que no teníamos ni recursos ni cabeza para absorber, igual se le hacía lugar (Mariel, CESAC A)

Nosotras teníamos mucha demanda de trabajo social, en el barrio estaba todo cerrado, la salita era lo único que estaba abierto y nosotras como trabajadoras sociales, mucha gente estaba en la lona y tenía que hacer lo del IFE y no podía, Anses estaba cerrado y tenían que hacerse un mail, muchos no tenían dispositivos, no tenían conectividad, muchos tampoco sabían leer y escribir, empezó a circular mucho nuestro teléfono en el barrio y WhatsApp a todos y mucha llamada telefónica pero en un punto se nos hizo medio imposible y habremos tenido algunas entrevistas. (Renata , CESAC B)

Organismo que no está en el barrio, la gente no puede llegar de otro modo (...) significó un impacto muy grande para nosotros porque éramos la única cara del Estado adentro del barrio. Éramos unas de las pocas instituciones que sosteníamos la actividad acá y éramos el único lugar a donde venir, eso se notó muchísimo, realmente se vio afectado en ese momento (Julia , CESAC A)

En las entrevistas, los profesionales dan cuenta del impacto de la pandemia en las desigualdades económicas que atraviesa la población usuaria en relación a los habitantes que residen en barrios formales de la Ciudad. Vinculan la profundización de las situaciones de vulnerabilidad de los barrios populares analizados, donde “gran parte de los hogares que eran pobres, son ahora aún más pobres” (Bonfiglio, Salvia y Vera; 2020), con las demandas realizadas a los CESAC: obstáculos en el acceso a derechos, gestión de recursos de necesidad básica, complejización de situaciones problemáticas atravesadas por múltiples vulnerabilidades.

En esas oportunidades que las personas podían acercarse acá, la complejidad del entramado de problemáticas a acompañar, se hacían muy cuesta arriba en ese aspecto, situaciones que ya veníamos acompañando se complejizaron aún más. Lo empezamos a notar en el tiempo de más apertura, donde empezaban las personas ya esto no se puede sostener más y a salir un poco más y aparecían todas estas demandas, desde lo más básico, cualquier tipo de gestión de recurso, porque realmente no había ningún tipo de seguro que pudiera permitir sostener lo básico, la alimentación, las situaciones habitacionales, las condiciones de hacinamiento que se vive acá, todo lo que estaba vinculado al poder sostener (...) (Julia , CESAC A)

(...) la violencia del sistema, la gente pobre, la gente sin acceso, inclusive la que tenía obra social, las obras sociales limitaron entonces empezaron a venir al centro de salud, el acceso por la comida, la violencia en la distribución de las familias con COVID que las distribuían por toda la ciudad... a la pregunta que es muy amplia sobre el impacto de las desigualdades a mí se me viene todo cristalizado junto (Mariel, CESAC A)

Los barrios populares donde se encuentran los CESAC analizados, fueron los primeros en experimentar un aumento acelerado de casos positivos y fallecimientos por COVID 19, en comparación con la curva de contagios de los barrios con mejores condiciones habitacionales de la Ciudad: “para mayo de 2020, casi el 40% de los casos reportados se encontraban en villas y asentamientos (ACIJ,2021). La rápida escalada de contagios, vinculada a los obstáculos estructurales para cumplir con las medidas de prevención y aislamiento, exigió a los profesionales entrevistados a orientar sus prácticas al acompañamiento de las situaciones vinculadas a casos positivos de COVID.

(...) personas que quedaron del otro lado de alguna frontera cuando se declara el ASPO, la fragmentación de los vínculos, todo eso fue realmente muy visible acá, en este barrio donde la parte del estallido del COVID, del momento más crítico de casos, llegó muy rápido. El ASPO fue en marzo y acá en abril tuvimos los primeros casos y fue una escalada muy rápida, de situaciones que hubo que acompañar y todas daban cuenta de esta profundización de las desigualdades...todo lo que tiene que ver con el acceso al agua, claramente estos territorios dan cuenta de estas desigualdades. (...) (Julia , CESAC A)

La característica que tuvo es que fuimos uno de los primeros barrios en que el COVID arrasó con mucho mayor fuerza, en el resto del área del Piñero fue mucho más tardío, nosotros los primeros casos los empezamos a tener en abril, con lo cual el primer tiempo fue muy desgastante, con mucho trabajo vinculado al COVID (Camila, CESAC A)

En la 31 además fue uno de los lugares donde irrumpió los primeros casos de COVID, en la 31 hay una secretaría de inclusión social y urbana que es la encargada de la urbanización del barrio y tiene mucha llegada e injerencia en todo y eran los que disponían de lo que llamábamos “coronabus “, micro escolar que transportaba a los pacientes, se quedaban horas en ese micro. Me acuerdo de eso y parece de película, les decían “ármate un bolsito, vení subite a ese micro” y después quedar esperando horas en la sala de espera del Hospital Fernández (Renata , CESAC B)

La declaración del ASPO estableció pautas de cumplimiento general para evitar y prevenir los contagios por COVID 19 para toda la población del país. Recomendaciones como el lavado de manos frecuente, la ventilación de ambientes, el distanciamiento social y la consigna “Quedate en casa” entraron en tensión con las condiciones habitacionales estructurales de los usuarios. Estas pautas fueron establecidas como las principales políticas de prevención, orientadas a la autoatención de la población, desde un enfoque biomédico excluyente de los saberes y experiencias de cada microgrupo (Menéndez, 2020).

Siguiendo el planteo de Menéndez (2020), la autoatención supone una articulación entre las prácticas de los sujetos y las acciones del sistema de salud, que no se estableció como estrategia en las medidas preventivas establecidas durante el ASPO y se trasladó la responsabilidad del cuidado a los sujetos de modo individual y des-contextualizada.

Las articulaciones deben establecerse (Menéndez, 2020, p.15):

“a partir de las condiciones económicas, sociales y culturales de los actores sociales en relación y que, por lo tanto, las características y posibilidades de la autoatención – y sus consecuencias– solo podemos establecerlas si las remitimos a las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales de los microgrupos y sus sujetos”

El traslado de la responsabilidad del cuidado y prevención a la dimensión individual, puso de manifiesto las desigualdades sociales y económicas de la población usuaria de los CESAC, con sus efectos inmediatos en la alta tasa de contagios y fallecimientos y evidenciando quiénes podían cumplir con las medidas y quiénes no (Menéndez,2020), donde "las diferencias, injustas y evitables, son resultado de contextos sociopolíticos y socioeconómicos que generan exposiciones y vulnerabilidades concretas" (Antoñanzas y Gimeno, 2022, p.13). Les entrevistades expresan la falta de adecuación e implementación de medidas gubernamentales de prevención específicas y situadas en el contexto de los barrios donde intervienen:

Situaciones que implicaron mucha dificultad para sostener los aislamientos, mucha dificultad para poder garantizar las condiciones mínimas de un aislamiento que per se no están garantizadas...poder pensar las condiciones materiales de este lugar, el acceso al agua, el acceso a la alimentación que pre-pandemia no se podían garantizar, durante el ASPO fue mucho más dificultoso con los organismos retirándose del territorio (...) Todo lo que se decía estamos en contexto de COVID, garantizar ventilación, garantizar no estar más de tantas personas en un mismo espacio...garantizar el uso de un tapaboca, un barbijo, acá, la población en situación de calle, la población con consumo, muchas cosas que se piensan en una generalidad que no tienen nada que ver con las características de este territorio (Julia , CESAC A)

Pasado el primer período de contagios acelerados en los barrios analizados y como parte de la movilización de actores barriales, desde el GCBA junto con el Ministerio de Salud de la Nación, desplegaron acciones específicas: por ejemplo, realización de testeos a través del Programa Detectar, micros de traslado de personas con COVID+ desde los CESAC a hoteles de aislamiento y entrega de bolsones de alimentos.

Si bien los equipos entrevistados actúan en el territorio y poseen conocimiento de las condiciones estructurales de los barrios donde intervienen, en las entrevistas refieren haber vivido situaciones novedosas o desconocidas producidas por el contexto de pandemia y que impactaron de manera específica en el acceso a la salud:

Todo se hizo más crudo, más vertiginoso, en el cruce de desigualdades vimos lo peor, de lo que no llega al consultorio, al estar nosotros obligados a salir porque la gente no llegaba, vimos lo peor de las personas también, los lugares donde vivían, llegando por la escalerita dos pisos....un señor en silla de ruedas que no podía bajar...ese tipo de imágenes que nos quedaron a todos grabadas, si bien hacemos trabajo territorial no es un acceso tan íntimo, tener que ir hasta la habitación de la persona, acompañar procesos de muerte porque los

hospitales cerraron las puertas, ver lo vulnerable, frágil y violento que el sistema se puso con las personas al cerrar las puertas...partos en soledad, muertes en soledad, todo eso fue lo más difícil de acompañar y ahí es donde se cruzaban todas las desigualdades juntas (Mariel, CESAC A)

La dimensión territorial se convirtió en un nuevo escenario de intervención, donde los PSEACP se re-constituyeron de forma novedosa, exigiendo prácticas a los equipos de salud que refieren como extremas, excesivas, desgastantes, con una intensidad desconocida. Las demandas de este período, conmovieron nuevas sensaciones y produjeron reconfiguraciones en la tarea cotidiana de los profesionales entrevistados.

Si como trabajadora hubo mucho desgaste profesional, del agotamiento en cuanto a la tarea, estuvimos muy expuestos a las jornadas, a las temáticas, a las profundizaciones esas que venimos diciendo, que también son complejas, tenés que poner el cuerpo para acompañar estas situaciones que están tan profundizadas. (...) no es fácil afrontar tanta vulnerabilidad y que encima de una manera tan vertiginosa se profundice, porque no son cuestiones que antes no las trabajábamos, pero era todo mucho más vertiginoso y mucho más al extremo (Ana, CESAC A)

Era ver estos pacientes, tener que atender la demanda del barrio, la gente que llegaba angustiada, enojada. En ese ratito que íbamos, pasaba de todo y era mucho, mucho para lo que estamos acostumbrados. (Pablo, CESAC B)

Hubo muchos momentos, al principio mucha sensación de incertidumbre, de cómo rearmarnos ante esa situación, en un equipo en el que trabajamos muchísimo en el afuera del centro de salud, donde priorizábamos la articulación con otros organismos en el barrio, con otras organizaciones. Hubo que cambiar la lógica totalmente, pero siempre pensando en cómo conservar algo del laburo que veníamos teniendo (Julia , CESAC A)

En el marco del escenario de intervención específico que se construyó a partir de la pandemia, una de las entrevistadas pone de manifiesto la posición diferencial, “de privilegio” de los profesionales de la salud en relación a la población usuaria y sus propios atravesamientos de las nuevas condiciones impuestas por el ASPO:

No fue fácil afrontar y acompañar todas esas situaciones como trabajadora, con privilegios, con posibilidad de circular, reconociendo de dónde una viene, hubo mucho desgaste y hubo mucho acompañamiento, mucho cuerpo en algo que es una realidad cotidiana para las personas que viven ahí (Ana, CESAC A)

“Hubo mucho acompañamiento, mucho cuerpo”, el trabajo vivo en acto (Merhy, 2011) en un escenario en constante cambio, les permitió a los equipos analizados implementar nuevas

prácticas de cuidado situadas, contextualizadas y mediadas por la dimensión afectiva entre profesionales y usuaries,. La reflexión que comparte la entrevistada, pone de manifiesto que los equipos de salud en los encuentros con la población usuaria, “construyen su proceso de trabajo de acuerdo con un modo singular de significar el mundo e intervenir en él, poniendo un límite a las directrices normativas que intentan encuadrar las prácticas del cuidado en fórmulas rígidamente protocolares” (Merhy, 2011, p.1)

Discusión

Los resultados muestran cómo la pandemia puso de manifiesto el rol de los determinantes sociales de la salud en los procesos de salud-enfermedad: las condiciones habitacionales precarias y la escasez de recursos económicos impactaron en los PSEACP de la población usuaria. Las prácticas de autocuidado señaladas desde los discursos oficiales como la estrategia más efectiva (en el periodo anterior a las vacunas) para evitar los contagios, fueron implementadas desde una visión biomédica que, según les entrevistades, construyó a los PSEACP como procesos homogéneos y descontextualizados: *“cosas que se piensan en una generalidad que no tienen nada que ver con las características de este territorio”* (Julia, CESAC A).

La falta de contemplación de los procesos de autoatención de los microgrupos (Menéndez, 2020) no permitieron generar estrategias de articulación entre los procesos colectivos llevados a cabo por les usuaries en su vida cotidiana y los dispositivos específicos de atención del COVID 19 desplegados por el sistema de salud.

Las condiciones estructurales de vida de los barrios donde se encuentran los CESAC analizados, no solo evidenciaron el rol de los determinantes sociales en la salud sino el rol de los equipos de salud en el desafío de generar PSEACP desde el cuidado y la integralidad. En sus entrevistas, dan cuenta de la necesidad de re-contextualizar, des-territorializar (Merhy, 2011) su trabajo cotidiano a partir de dos dimensiones: por las nuevas dinámicas de atención que implicaron la aplicación de dispositivos orientados a respuestas biomédicas y por la complejización de la realidad social de cada barrio. Los testimonios expresan la búsqueda por resignificar la práctica de cuidado, realizando nuevas lecturas del escenario barrial que instaló la pandemia.

Les entrevistades dan cuenta del estallido de las inequidades sociales en la salud de les usuaries y su posicionamiento activo como trabajadores de la salud, para responder a una realidad que se volvió desconocida y mucho más compleja de lo habitual: por ejemplo, en la atención a demandas que la población realizaba a otras instituciones que no funcionaban por el ASPO o la gestión de bolsones de alimentos para familias aisladas por COIVD +. Las desigualdades de clase, raza-etnia y género se expresan de forma específica en el campo de la salud a través de las demandas que realizan las personas y necesitan prácticas efectivas para su resolución (Pinheiro y De Mattos).

Los equipos entrevistados se posicionaron en el lugar de intersección entre los dispositivos biomédicos y las prácticas de autoatención de la población usuaria. Su presencia con el cuerpo en el territorio y en las únicas instituciones estatales presentes en el barrio, les llevó a ubicarse como articuladores de aquellas dos dimensiones.

3.2 “Esa sobrecarga de tareas se profundizó, pero además en soledad”- Impacto en las inequidades de las mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva

Las consecuencias de la crisis social y económica provocada por la declaración del ASPO se vieron reflejadas en las consultas que las mujeres realizaron en los servicios analizados.

Les entrevistades coinciden que en el contexto de pandemia se profundizaron las inequidades que atraviesan históricamente las mujeres usuarias, construyendo un escenario signado por: la sobrecarga de tareas de cuidado y trabajo doméstico, la falta de contención de redes familiares e institucionales, la mayor exposición a situaciones de violencia por motivos de género y la escasez o falta de trabajo remunerado. La desigualdad de género constituye un condicionante para el acceso a la salud (OPS,2021).

Yo creo que la pandemia agudizó las desigualdades así en general, todas las desigualdades. Luego en las mujeres, generó una mayor recarga, en principio creo que en la dinámica familiar impactó y recargó en las mujeres en términos de que había que sostener lo doméstico, sostener la escolaridad de los pibes, que el centro de la casa recae en general sobre la mujer, y también sostener la falta de lo económico y la falta de la diaria, me parece que esos tres ejes impactaron fuertemente en las mujeres. (Camila, CESAC A)

“Las consecuencias asimétricas de la pandemia” (UNFPA,2021, p.18), se exacerban en las mujeres que pertenecen a países del sur global, donde los Estados poseen menos recursos, por ejemplo, para financiar la obtención de vacunas y brindar servicios públicos como los de salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2021).

Latinoamérica es la región más desigual del mundo y esa situación impacta en el acceso a la salud de las poblaciones más vulnerables (OPS,2021), donde las mujeres, en mayor situación de desigualdad social y económica, se encuentran más expuestas al contagio por COVID 19 y poseen mayores obstáculos para acceder a los servicios de salud (CEPAL, 2020).

UNFPA da cuenta de la profundización de las desigualdades de género y su intersección con las desigualdades de clase que atraviesan las mujeres en situación de pobreza, escenario en el cual podemos incluir a las mujeres usuarias, señalando que “antes de la pandemia, las mujeres en edad reproductiva ya tenían muchas más probabilidades de vivir en la pobreza que los hombres de la misma edad, una brecha que según las proyecciones crecerá aún más” (2020, p. 10).

El impacto diferencial de la pandemia sobre las mujeres profundizó las inequidades de género que históricamente atraviesan, vinculadas al “retroceso significativo de su participación laboral, la agudización de su sobrecarga de trabajo doméstico no remunerado y a una mayor exposición al riesgo de violencia” (CEPAL, 2022).

El estudio La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID, así lo manifiesta (2021, p.16):

La pandemia agrava o profundiza las brechas entre grupos de mujeres, lo hace porque al daño producido por el COVID (y en especial por las medidas tomadas para controlar la pandemia) se suman las desigualdades y la pobreza en la que ya vivían algunos grupos.

La crisis social, sanitaria y económica generada por la pandemia, provocó un empeoramiento en las condiciones de vida de las mujeres, configurando un escenario signado por la falta de participación en espacios de toma de decisiones de estrategias sanitarias, la sobrecarga de tareas domésticas y de cuidado, el alto porcentaje de mujeres trabajadoras en el campo de la salud y la mayor exposición a las violencias por motivos de género durante el periodo de aislamiento (UNFPA,2020).

Coincidiendo con la caracterización del nuevo contexto producido por la irrupción de la pandemia, en donde “las consecuencias de las crisis nunca son neutrales respecto al género” (OPS,2021, p.4), les entrevistadas reflexionan sobre los efectos del ASPO en la profundización de dos inequidades que impactaron en las mujeres usuarias: las tareas de cuidados y las situaciones de violencia de género.

La sobrecarga de cuidados

“El COVID-19 no solo ha puesto de manifiesto una crisis sanitaria y económica sino también de cuidados” (Osorio, 2021,p.113).

Las medidas de aislamiento produjeron una sobrecarga de las tareas de cuidado que históricamente recaen en las mujeres: “el carácter multidimensional de los cuidados hace que la economía del cuidado, que ya se encontraba en una crisis, ahora se vea profundizada. Esto implica la precarización del entorno en el que las mujeres cuidan” (Álvarez, 2020, p.4).

Para las mujeres usuarias, las tareas de cuidado emergen como una necesidad y factor de desigualdad durante el período de aislamiento. Si históricamente fue una tarea feminizada, impuesta por la división sexual del trabajo, en el ASPO, atravesando aislamientos y sin redes ni instituciones de cuidado funcionando, la feminización de las tareas de cuidado se agudizó.

Mujeres que estaban a cargo de sus hijos y de repente tuviste COVID, estabas internada y tus pibes estaban solos en la casa y viendo ahí cómo tender red para ver cómo alguien les lleve a unos nenitos de 8 y 6 años un bolsón de comida, aislamientos de COVID en habitaciones separadas y las mujeres con los chicos o en el hospital, los pibes caminando por las paredes, esa situación de cuidado, de quién es la que cuida, no se puso en cuestión en la pandemia, esa sobrecarga de tareas se profundizó pero además en soledad porque tenías que estar aislada (Renata , CESAC B)

En consonancia con las reflexión realizada por la entrevistada, Roig afirma que durante la pandemia “se profundizaron desigualdades existentes entre mujeres y hombres dada la continuidad y persistencia de un tipo de división sexual del trabajo tradicional, específicamente en el hogar” (2020,p.83).

El documento denominado *La organización social de los cuidados a la luz del COVID 19* analiza las medidas vinculadas a los cuidados tomadas a nivel gubernamental en los países

latinoamericanos, estableciendo que “prevalece un enfoque de conciliación que busca que las mujeres tengan más tiempo para cuidar” (Álvarez, 2020, p.49), de este modo, lejos de promover la co-responsabilización, se reforzó la feminización del cuidado.

La feminización del cuidado también se constituye como foco de las políticas de APS en CABA: los servicios que ofrecen los CESAC se orientan prioritariamente a los PSEACP de mujeres y niños, dimensión que les entrevistades recuperan en el marco de la dinámica dada por la pandemia: la gestión de turnos y la mayoría de las demandas al sistema de salud, las realizaron las mujeres usuarias.

(...) ahora tampoco entran porque no hay turnos para el 147, hubo toda una configuración, un abroquelamiento y no ingresan y la mayoría que se intenta ingresar son mujeres, porque son las que están más atentas a los cuidados de sus hijos, a sus cuidados, a los cuidados de sus parejas también. A veces las ves haciendo cola para turnos que no son para ellas (Renata , CESAC B)

El momento del ASPO profundizó muchísimo todas esas desigualdades, fue un momento rector crítico en donde sobretodo las mujeres sostuvieron...acá y en todos los efectores de salud, la mayor demanda está vinculada a mujeres. Son las mujeres las que mayor consultan en los efectores de salud históricamente (Julia , CESAC A)

Profundización de las violencias por motivos de género

La pandemia también impactó en la profundización de las violencias por motivos de género que atraviesan las mujeres usuarias: “es uno de los principales nudos de desigualdad que limita severamente el derecho de las mujeres a su integridad personal, su seguridad, y el goce de otros derechos” (Monzón, 2021, p.75).

Notamos un aumento o que se visualizaron más situaciones de violencia doméstica hacia niños, niñas o mujeres. Por el encierro o porque ya estaban en situaciones de violencia y el encierro hizo que estén más expuestas a eso (Pablo, CESAC B)

Al igual que las inequidades en las tareas de cuidado, las violencias por motivos de género no emergen como una desigualdad propia del contexto de pandemia pero sí su profundización como consecuencia de las medidas tomadas para evitar los contagios por COVID 19:

Saletti y Aizenberg analizan que, si bien el aislamiento es una medida efectiva para evitar los contagios, impacta en el incremento de las situaciones de violencias por motivos de género: “aumentan el riesgo a las violencias de género, especialmente dentro de los hogares, ya que aísla a las mujeres con sus agresores, disminuye sus recursos económicos y obstaculiza su

acceso a redes y apoyos sociales” (2021,p.2). En consonancia con las autoras, les entrevistades identifican el aumento de consultas por situaciones de violencia por motivos de género en los CESAC dado, por ejemplo, por la convivencia forzosa con los agresores que no podían concurrir a sus lugares de trabajo.

El aumento de todo lo que fue el aislamiento y la no salida a trabajar de los varones, afectó mucho la convivencia con sus familias y las mujeres se vieron mucho más afectadas por lo que antes era cotidiano pero tenía el resguardo de que el varón se quedaba con sus amigos o lo que sea y no volvía a la casa, estar en casa y la violencia domestica...(Lucía, CESAC B)

El escenario particular que produce la pandemia, vuelve a impactar en los PSEACP que construyeron les profesionales entrevistades y las usuarias: el aislamiento, la prohibición de circulación y la falta de otras instituciones funcionando en el barrio, reconfiguraron los abordajes vinculados a las situaciones por violencia de género que realizaban los equipos con anterioridad a la pandemia. En las consultas se encontraron con situaciones de violencia de género “agravadas”, “profundizadas”, “exacerbadas”, “agudizadas”:

(...) la mayor parte de las consultas que vimos a las mujeres durante la pandemia sufrían violencia grave, sobretodo que se había agudizado en ese momento. Lo que antes no estaba, ahora estaba presente y muy agravado (Lucía, CESAC B)

Todo lo que fue acompañar a personas en situación de violencia en aislamiento tuvo un impacto muy grande, acá, en este centro de salud. También por la dificultad de poder articular el trabajo con otros. Fue un laburo muy en soledad (Julia , CESAC A)

Las desigualdades se profundizaron en todos los niveles en los barrios vulnerables. En cuanto a la salud sexual de las mujeres o situaciones de violencia de género, sí estaban profundizadas: esto de no acceso a un trabajo, o el no acceso a la circulación, esto del aislamiento de por sí que es algo que no ayuda en estas situaciones de violencia de género es algo que marcó, algo que benefició que se vieran exacerbadas, que se vieran profundizadas estas situaciones (Ana, CESAC A)

La intersección de las violencias por motivos de género y las vulnerabilidades de clase que atraviesan las mujeres usuarias, construye un escenario de mayor desigualdad pudiendo así, “enfrentar riesgos aún más elevados u obstáculos adicionales para acceder a servicios esenciales o a huir en situaciones de violencia” (Giosa, 2021, p.124).

El aumento de consultas por violencias de género que visualizan las entrevistadas, coincide con el crecimiento registrado en CABA: las llamadas a la línea telefónica nacional 144, que brinda asesoramiento y contención a mujeres en situación de violencia, se incrementaron en un 48 % en los primeros meses de pandemia en relación al mismo periodo del año anterior (GCBA, 2020).

La ONU, en junio del año 2020, publica la Declaración Interagencial sobre la Violencia contra las Mujeres y las Niñas en el contexto de COVID-19, en donde establece, entre otros puntos, la esencialidad de los servicios de atención de situaciones de violencia por motivos de género, el otorgamiento de financiación a organizaciones que abordan la problemática y la ejecución de medidas preventivas.

En Argentina, a través del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, se implementaron medidas especiales para garantizar la atención de situaciones de violencia de género en el contexto del ASPO: por ejemplo, la incorporación de una línea de contacto por WhatsApp, la declaración de la línea 144 como servicio esencial durante la emergencia sanitaria y el dictado de una resolución ministerial que exceptuaba de las medidas de aislamiento a las personas en situación de violencia de género que requerían asistencia o realizar una denuncia (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, s.f.). Estas líneas de acción funcionaron como marco general de los abordajes de los equipos analizados.

Discusión

Las mujeres usuarias de los CESAC se encuentran históricamente expuestas a desigualdades de clase, género, territorialidad entre otras. Como muestran los testimonios, el ASPO construyó un nuevo escenario barrial, profundizó las desigualdades que impactan de forma diferencial en las mujeres usuarias y produjo “la precarización de las vidas de las mujeres en el contexto del confinamiento” (Bidaseca, 2020, p.6).

En general, las tareas de cuidado del hogar recaen sobre las mujeres usuarias. En el ASPO, estas se profundizaron por la falta de instituciones de cuidado y educativas funcionando y por el resquebrajamiento de redes personales, por lo que la sobrecarga de cuidados “demostró ser transitada diferencialmente según los territorios, los géneros y el sector social de pertenencia” (Monzón, 2020, p.89).

Les entrevistades expresan cómo las situaciones de violencia que afectan a las mujeres usuarias se profundizaron por los aislamientos, la convivencia forzosa con los agresores, y la dificultad y temor a circular, entre otros.

Es importante analizar las desigualdades de género en articulación con otras desigualdades como las de clase y recuperar las reflexiones del capítulo anterior, sobre los impactos de la pandemia en la pobreza y la falta de medidas estatales contextualizadas en los barrios populares. Así, obtenemos herramientas para pensar en términos interseccionales las desigualdades y exclusiones que atravesaron las mujeres usuarias durante la pandemia. Batthyány reflexiona sobre la perspectiva interseccional (2022, p.10):

Asumir la multidimensionalidad de las desigualdades implica no solo poner al género en relación con otras dimensiones como la étnica, la territorial o la generacional; sino también pensar las desigualdades de género como múltiples: asociadas a la economía de los cuidados, a las condiciones de trabajo, a la educación, a la participación social, al acceso a la justicia, a la salud, a las violencias y a los consumos, entre otras dimensiones.

Históricamente y como orientación de la política de APS, los CESAC cuentan con una población usuaria feminizada. Durante la pandemia, las usuarias fueron quienes asumieron la gestión de turnos, la concurrencia a dispositivos de aislamiento y los traslados a otros efectores de salud, en nombre de ellas y de sus familias. En esta dimensión, se incorpora una dinámica novedosa provocada, también, por la imposición de las medidas del ASPO: en uno de los CESAC analizados, los varones comenzaron a realizar consultas vinculadas a su salud mental, constituyéndose en un elemento disruptivo del proceso de demanda-atención, donde históricamente, las consultas son realizadas mayoritariamente por mujeres.

Les entrevistades articulan la identificación de las inequidades con un posicionamiento orientado a darles respuesta, dando cuenta de un posicionamiento activo, de generación de espacios que habilitan la escucha y el estar con el cuerpo en el territorio: “el encuentro de un trabajador individual o colectivo con un acontecimiento (...) puede disparar en él la producción de nueva subjetividad, o sea, una nueva forma de significar el cuidado e interactuar con su construcción social “(Merhy, 2011, p.15).

Las inequidades analizadas fueron parte de los PSEACP que conforman los equipos y las usuarias. En los encuentros, los equipos construyeron nuevos modos de producir cuidados

(Merhy, 2011), que implicaron más cuerpo, más contención, más afecto en términos de lo que Merhy denomina trabajo vivo en acto (2011).

3.3 “Estábamos apagando fuegos pero llegábamos re tarde”- Impactos de la pandemia en los equipos

La pandemia impactó en les entrevistades en una doble dimensión: laboral y personal. El desconocimiento del escenario de atención, la incierta dinámica territorial, la incorporación de nuevas prácticas, el aislamiento como medida preventiva, las restricciones en la circulación y la declaración de la esencialidad de les trabajadoras-es de salud, se pusieron en juego simultáneamente en sus cotidianidades.

Esta doble implicación, desde lo profesional y personal, fue marcando las prácticas profesionales y de los equipos de salud. ¿Cómo organizarse frente a lo incierto? ¿Cómo contener y dar respuesta a lo desconocido?

Todo se iba adaptando cada día, fue un momento muy vertiginoso, donde todo se iba repensando casi al momento. Mucho encuentro del equipo semanalmente, ver si esta estrategia no funcionaba cómo cambiar la otra (Julia , CESAC A)

Les entrevistades comparten que durante el periodo de atención en el ASPO, experimentaron sensaciones personales y grupales como cansancio, desconcierto, angustia, agotamiento, desgaste, miedo, incertidumbre y preocupación.

Al principio mucho desconcierto, un estado de alerta y de angustia permanente, no sabíamos bien cuándo iba a terminar y a la vez nosotros también teníamos nuestras vidas muy coartadas (Mariel, CESAC A)

Al principio mucha incertidumbre, mucha preocupación, miedo también. En esa época era básicamente que si te veías con alguien te podías infectar, si tocabas un papel te podías infectar y todo eso, y más cuando empezaron a llegar los casos positivos ahí al barrio, fue bastante difícil (Pablo, CESAC B)

Si como trabajadora hubo mucho desgaste profesional, del agotamiento en cuanto a la tarea, estuvimos muy expuestos a las jornadas, a las temáticas, a las profundizaciones esas que venimos diciendo, que también son complejas, tenés que poner el cuerpo para acompañar estas situaciones que están tan profundizadas (Ana, CESAC A)

Cuando pudimos salir un poco del momento más duro, ahí es cuando empezamos a revisar y cuando me empezó a aparecer la sensación del cansancio más grande (Julia , CESAC A)

La concurrencia a los CESAC y la posibilidad de encontrarse con otros, es compartida como un aspecto positivo por una de las entrevistadas:

Me hizo bien ir a trabajar, yo vivo en un dos ambientes que no tiene balcón, entonces salir...nos íbamos un ratito con mi compañera a la terraza del centro de salud a ponernos al sol, ya me hacía bien a mí (Renata , CESAC B)

Cada equipo, cada profesional, se fue posicionando de un modo particular para enfrentar el temor a lo desconocido, al quiebre de lo cotidiano. Aquellos nuevos lugares, exigencias y tareas, tuvieron consecuencias en la dimensión emocional de los trabajadores-as.

Nosotros, en general, no somos de tener que llamar ambulancia y llamábamos 3, 4 ambulancias por día por pacientes graves. Fue bastante angustiante por momentos (Pablo, CESAC B)

Al principio sentía que había algo en las prácticas, tratando de repensarlas todo el tiempo, pero que hubo mucho automatismo también. Mucho de lo que hacíamos, en el momento en que se empezaba a aceptar, íbamos por ahí, de alguna manera yo me veo como intentando no pensar mucho en lo que estaba pasando, como tratando de no sentirnos afectados. Porque tuvimos pérdidas muy grandes en este centro de salud, en el barrio, muchas personas muy queridas del territorio que murieron en contexto de la pandemia (Julia , CESAC A)

El sentimiento era que no podías parar, estar con un vértigo constante, muy ponerse en ese rol, el rol en salud que encima en esa trama bélica, te ponía en un lugar medio soldado, ahora hay que darlo todo, después vemos y fue un costo muy alto...tuvimos compañeras que renunciaron, gente que se fue, gente que no lo soportó, gente que se tomó licencia psiquiátrica. Hubo muy poco acompañamiento a los equipos de salud en ese sentido (Mariel, CESAC A)

Si bien los equipos de salud se re-posicionaron para continuar produciendo cuidado a la población usuaria de los CESAC, como trabajadores-as no contaron con espacios de contención formal para el abordaje de la realidad tan desconcertante. Frente a la ausencia de estas acciones, los equipos desplegaron estrategias de cuidado artesanales, auto-gestionadas, que posibilitaron “reordenar sus tristezas y sufrimientos realizando, incluso, autocuidado de sí como cuidadores/as” (Abalo y Bang,2022,p.32).

(...) pero sí empezamos a auto-gestionarnos un montón nosotros como centro de salud y a conocernos mucho más con otros profesionales con los que no nos conocíamos tanto y eso estuvo bueno (Renata , CESAC B)

Los sentimientos tenían que ver a la vez de ir fortaleciendo el equipo, acompañándonos y sabiendo que eso era importante, armábamos jornadas de reflexión, de “apapuche” que le decíamos, se armaban jornadas solo para compartir (Mariel, CESAC A)

Profundizando en el rol del equipo como soporte, una de las profesionales comparte que en el CESAC A, construyeron espacios de contención grupal que posibilitaron contrarrestar la dinámica de atención cotidiana, que las entrevistadas recuerdan como angustiante, constante y urgente.

De repente el equipo de salud lo fue todo, los cumpleaños los festejábamos en la sala de espera, las cuestiones importantes de la vida, también, de repente el equipo del centro de salud fue el único lugar de alojamiento para todos y para poder socializar lo que íbamos viviendo, audios, cosas que nos mandaban la gente, las muertes de personas históricas, compañeras históricas del barrio (Mariel, CESAC A)

Para los equipos entrevistados, la producción de cuidado tomó una dimensión novedosa, que fue la comunicación con la población usuaria a través del WhatsApp de sus teléfonos personales, que posibilitó la comunicación e intervención en la etapa del ASPO y permitió dar respuesta a una demanda que se des-encuadró de los horarios habituales de atención de los CESAC. Les entrevistadas recuerdan que esta dinámica provocó sobrecarga de tareas, desgaste, sensación de tener que estar disponible para acompañar y la imposibilidad de establecer cortes con el trabajo.

También era eso, estar 24 horas conectados al trabajo. Los acompañamientos requerían eso. La sensación era esa, de estar alerta permanentemente, incluso cuando no estabas acá en el centro de salud, cuando estabas en tu casa. Era los fines de semana, a la noche, todo el tiempo aparecían llamados, todo el tiempo aparecían situaciones o te quedabas pensando en alguna situación (Julia , CESAC A)

Tuvimos que compartir consultorio, aprender muy rápido y a la vez seguir haciendo ese trabajo de sostén, por teléfono, por audio, de un montón de personas que estaban desorientadas, necesitando apoyo o lo que fuera, que eran pacientes históricas que no podían llegar al centro de salud (Mariel, CESAC A)

En sus relatos, las entrevistadas dan cuenta de la importancia de los encuentros grupales como posibilidad y potencia para continuar realizando sus prácticas: “es en el presente que se analiza y se decide” (Sousa Campos, 2005, p.65). Les profesionales entrevistadas se encontraron frente al desafío de construir nuevos sentidos frente a una realidad

desconcertante, “la pandemia nos obligó colectivamente a asumir no saber” (Camargo, 2021, p.7).

(...) era como que todo convivía: el querer hacer lo que hacíamos siempre, aprender nuevas cosas y a la vez lidiar con todas esas emociones, bastante duro (Mariel, CESAC A)

El equipo de salud se constituyó como refugio y sostén central para los trabajadores del CESAC A. La dinámica instituida de trabajo en equipo, el “saber hacer en común” (Pinheiro, 2007) y los vínculos construidos previamente a la pandemia, posibilitaron la construcción de espacios de encuentro, de intercambio de sensaciones, de refugio frente a la ruptura de lo cotidiano, “indispensable para construir pactos, confianza, posibilidad de respirar ante tanta tensión” (Camargo,2021,p.8)

Lo hicimos en equipo, somos un centro de salud que en general trabaja en equipo, nadie trabaja aislada, pero hay un desgaste como trabajadores y una percepción subjetiva y personal de la situación que podés verte afectada, no es fácil afrontar tanta vulnerabilidad y que encima de una manera tan vertiginosa se profundice, porque no son cuestiones que antes no las trabajábamos, pero era todo mucho más vertiginoso y mucho más al extremo (Ana, CESAC A)

Como equipos de salud, estuvieron en movimiento, disputando acciones a una realidad que arrinconaba al trabajo rutinizado, a través de protocolos, triages y acciones individualizadas, lo que Franco y Merhy denominan “la lógica instrumental de producción del cuidado: el trabajo muerto” (2011, p.13).

Recuperar lo colectivo de los territorios donde se interviene, con su historia, complejidad, diversidad y desigualdades y lo propio de cada equipo, para desplegar acciones que confronten las narrativas conformadas por el temor y lo incierto, donde cada profesional se reconozca “como sujeto en el vínculo en el que se da la acción de producir cuidado, brindando contención en contexto de incertidumbre” (Abalo y Bang,2022,p.30).

El equipo también funcionó como una brújula ante la incertidumbre, como una red de sostenimiento frente al sufrimiento cotidiano:

Hubo una propuesta muy activa de poder mantener la vida y el pulso por la vida en un contexto en que todo era bastante muerte y desesperación y de contra-restar la cantidad de audios que recibíamos todas, porque todas

dimos nuestros teléfonos a mansalva, entonces cualquiera tenía nuestro teléfono disponible para llamar a cualquier hora, que tenía a su hijo en un hospital y no sabía dónde estaba. De las más antiguas, a muchas les revivía muchas cosas de la dictadura, se revivió cosas difíciles, corporales, de memorias corporales, esta cosa de no saber dónde está la gente, cada vez que se la llevaban internada por COVID empezaban a deambular por hospitales, no sabíamos dónde estaban, los hijos no sabían dónde estaban, era bastante desesperante y nosotras bastante imposibilitadas a veces de hacer cosas (Mariel, CESAC A)

El aporte era ese, acompañar, fueron momentos de mucho sufrimiento, me parece que ahí uno corrió, o al menos a mí me pasó, que corrí lo más individual- personal y uno se focalizó en lo que le pasaba a las personas con las que trabajaba y a sostener a los compañeros. Esas imágenes tengo muy del primer momento. Mucho sufrimiento de parte de la gente y entonces esa necesidad de estar y sostenernos entre todos (Camila, CESAC A)

Discusión

“La pandemia construye territorios de no-saber”
(Merhy en Abalo y Bang, 2022, p.32).

Experimentado sensaciones inéditas, los equipos de salud analizados se posicionaron desde el trabajo vivo en acto con inventiva y libertad (Merhy, 2011), para construir nuevos modos de producir salud en un contexto desconocido, des-armado, donde las referencias cotidianas se perdieron. Salir de la rutina para enfrentarse a lo inesperado “exige improvisación, creatividad e iniciativa” (Sousa Campos, 2021, p.63).

Los resultados expresan que los equipos se posicionaron e implicaron para construir respuestas allí donde no las había y buscaron estrategias que permitieron ser sostén de les usuaries. De este modo, aprendieron a producir cuidado en el nuevo territorio: asumieron procesos de desterritorialización y reterritorialización, que Merhy explica como cambios que implican la ruptura con el viejo territorio (desterritorialización) y la búsqueda de nuevas identidades que demandarán prácticas de cuidado novedosas (reterritorialización) (Merhy,2012). El autor afirma que los procesos de desterritorialización “son conflictivos, dolorosos, permeados por idas y vueltas en las que el sujeto está todo el tiempo enfrentándose a sí mismo y al nuevo territorio que se anuncia” (Merhy, 2012,p. 17).

Para les entrevistades, los equipos funcionaron como un sostén para la tarea y para ellos mismos. Una de las entrevistadas sostiene: “*Lo hicimos en equipo*” (Ana, CESAC A), dado que asumieron la reconfiguración de ese saber hacer en común en un contexto caracterizado por lo incierto. A su vez, los equipos experimentaron nuevas sensaciones y se acomodaron a una nueva realidad, con dinámicas de trabajo extensas, sin horarios.

La consigna de Sousa Campos “En defensa de la vida”, entendida como “una base sobre la cual los sujetos podrían apoyarse para enfrentar las contingencias de las determinaciones histórico-estructurales” (2021, p.89), remite a los equipos como una posición que confronta a un contexto que tenía a la muerte como protagonista. Así, los equipos reflejaron su compromiso y responsabilidad en las prácticas de cuidado con la población usuaria y hacia ellos mismos: probando y re-pensando estrategias de abordaje, exponiéndose al virus y atravesando jornadas de trabajo en un clima de incertidumbre, sosteniéndose junto a otras e involucradas en producir salud (De Sousa Campos, 2021).

Para les entrevistadas, era imprescindible cuidarse, encontrarse, darse aire para poder afrontar la dinámica de trabajo cotidiana, como reflexiona Camargo, “hubo trabajadores agenciados por la vida en el territorio, interrogados por la incertidumbre, movilizados por el encuentro con usuarios sorprendentemente activos y que en forma colectiva ejercitaron su autogobierno para producir vida” (2021, p.15).

Capítulo 4. Efectos de la pandemia en el proceso de demanda-atención de los equipos de SSNR

4.1 “Así nos organizábamos, alguien en el día te iba a ver”- Organización de los servicios de SSNR antes de la irrupción de la pandemia

Cada equipo analizado posee una historia de conformación, inserción territorial y dinámicas de atención particulares, encuadrándose en la definición de atención primaria que realiza cada centro de salud y las acciones que despliegan para garantizar, o no, el derecho y acceso a la salud.

En el CESAC A, manifiestan que como equipo de salud han construido históricamente un criterio de abordaje desde una perspectiva colectiva e interdisciplinaria, desplegando acciones sistemáticas en el territorio de referencia y que, específicamente, el equipo de SSNR, funciona con instancias de toma de decisión grupal y reuniones de equipo. Las acciones de SSNR son consideradas prioritarias para la atención tanto para el equipo como para el centro de salud.

Las entrevistadas de este CESAC establecen la importancia del fortalecimiento vincular entre todos los integrantes del equipo de salud, dimensión que fue puesta en juego en los momentos de mayor desconocimiento e incertidumbre durante la pandemia, generando espacios de contención y encuentro, lo que Merhy define como un *devenir solidario* que “presupone la existencia de dispositivos capaces de agenciar la construcción de nuevos saberes y prácticas que resignifiquen el trabajo en salud y, sobre todo, el cuidado” (2011,p.17). El equipo, funcionando como sostén y espacio de toma de decisiones, permitió construir nuevas formas de producir cuidado.

El equipo de SSNR del CESAC B da cuenta de una conformación más reciente en relación con el CESAC A. Una de las entrevistadas define esta situación como “equipo en construcción” y recupera que la incorporación de sus compañeres médicas generalistas al CESAC, un año antes de la irrupción de la pandemia, posibilitó ampliar la atención de las ILE y comenzar a pensarse como equipo.

En mismo período de incorporación de los médicos generalistas, el CESAC B se trasladó a un edificio más amplio en el mismo barrio, con espacio para comenzar a realizar reuniones de equipo que tuvieron que cancelar por la irrupción de la pandemia.

Cuando yo ingreso el CESAC queda en un espacio muy chiquitito del barrio y nos mudamos. Cuento esto porque para mí tiene que ver también con la configuración del equipo, sin un espacio de encuentro, tampoco podía alojar ningún proceso (Renata , CESAC B).

En cuanto a las estrategias vinculadas al proceso demanda-atención de MAC, en el CESAC A, pre-pandemia, realizaban talleres grupales para promover el intercambio colectivo de información, sentires y experiencias entre las mujeres que consultaban. En el CESAC B, la atención era a través de consejerías individuales con turnos programados, pero con la apertura a la demanda espontánea sí contaban con horarios disponibles y coordinaban talleres sobre DSR y DSNR en una escuela media cercana al CESAC.

En el período anterior a la pandemia, en el CESAC B las atenciones de las ILE se organizaban con una referente por día, turno mañana y turno tarde, que realizaba la primera consulta por demanda espontánea y los administrativos del CESAC contaban con la información de la atención: sabían que siempre había un profesional para garantizar las ILE y los horarios de atención de cada una.

Las demandas por ILE (y luego IVE) son caracterizadas como urgencias para el equipo del CESAC A: al igual que en el CESAC B, se atienden por demanda espontánea, dando respuesta en el momento de la consulta. Los dos equipos sostuvieron este criterio durante la pandemia, como posicionamiento histórico orientado a garantizar la accesibilidad en términos de derechos, lo que según Arias y Sierra, implica encuentros que construyen vínculos con las usuarias desde el reconocimiento y la hospitalidad (2019).

De las entrevistas se observa que, en la pre-pandemia, las acciones desplegadas por los equipos para dar respuesta a la demanda de SSNR fueron diferentes en MAC (dispositivo grupal en un CESAC y consulta individual, en otro) pero coincidentes en ILE, principalmente por la instalación de la estrategia de atención por demanda espontánea para garantizar la accesibilidad de las mujeres usuarias.

A través de distintas estrategias como la atención de la demanda espontánea, talleres grupales, turnos programados y acciones territoriales, los equipos se propusieron acompañar

las ILE y el proceso de elección de MAC, promoviendo la autonomía, la libertad en las decisiones y garantizando los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres usuarias. Como reflexionan Arias y Sierra, “es a partir de la organización de los vínculos, los saberes, los recursos: simbólicos y materiales desde donde se podrían ensayan accesibilidades que permitan que los encuentros sean efectivos y afectivos” (2019, p.6).

La pandemia impactó produciendo un quiebre con los dispositivos instituidos por los equipos analizados y los movilizó a construir nuevas estrategias que se adecuen a las normativas indicadas por el ASPO, generando rupturas con el marco referencial orientado a garantizar la accesibilidad de las mujeres usuarias. En este sentido, les entrevistades vivenciaron la pandemia “como evento disruptivo”, como alteradora de las reglas de juego (Sy, Moglia y Derossi,2021,p.70)

4.2.” *Todo se transformó en la atención individual de quienes salían de sus casas*”- Organización de la atención en los CESAC a partir del ASPO

La declaración del ASPO estableció como esenciales a determinados grupos, entre los que encontraron los trabajadores-as de la salud, lo que implicó que las instituciones que conforman el sistema de salud permanecieran abiertas y brindando servicios considerados básicos, prioritarios o urgencias, vinculados a la atención del COVID y de otras demandas que realizara la población.

A partir de esta dinámica, los CESAC fueron prácticamente las únicas instituciones que durante el ASPO continuaron brindando servicios de manera presencial en el territorio, que les profesionales entrevistades describen como un escenario signado por la ausencia de políticas públicas y la falta de circulación de la población.

En esta primera etapa, signada por la irrupción de una enfermedad nueva, que implicó la interrupción de la vida cotidiana y de las formas de demanda –atención de SSNR hasta aquel momento construidas, los equipos de salud analizados se encontraron en la novedosa situación de dar respuesta a lo desconocido, ensayando distintas estrategias que fueron modificando a medida que fue pasando el tiempo y se fue tomando mayor conocimiento de las implicancias del virus. Así la pandemia por COVID 19 generó “una apertura de horizontes

que nos desacomoda y reclama algún tipo de respuesta, sea en el plano colectivo o global (...)” (Ayres, Paiva y Cassia, 2018,p.31)

Les entrevistadas coinciden que fueron tiempos de ruptura, de quiebre de lo instituido y de imposición de un escenario de abordaje que priorizaba la dimensión individual, contrapuesto al posicionamiento de integralidad e interdisciplina de los equipos. La visión biomédica imperante en el MMH, centrada en el individualismo, la historicidad, el biologismo (Menendez,1988), donde el cuidado se burocratiza (Lopes, Henriques y Pinheiro,2017) se favoreció con las condiciones que impuso la pandemia, desarticulando la potencia de los espacios de encuentro colectivo: entre trabajadores-as y con las usuarias.

Después de todos esos cambios, pandemia, entonces todo lo que habíamos logrado planificar, se desarmó todo. (Renata , CESAC B)

La pandemia impacta en la posibilidad de socializar ciertos conocimientos que tiene la población respecto al uso de MAC y nos deja en una situación de consultorio biomédico donde nosotras damos información y la gente resuelve en relación a la información que le damos (Mariel, CESAC A).

Una de las entrevistadas del CESAC B recuerda este periodo como un espacio-tiempo “desordenado”: la organización que establecían las dinámicas instituidas se perdieron, el guion conocido de las prácticas dejó de conformar la cotidianeidad laboral de les profesionales y el escenario cambiante llevó al equipo de salud a ensayar respuestas desde la urgencia.

Al principio fue bastante desordenado y después pudimos ordenarlo un poco y hacer espacios seguros para la consulta, pero nos llevó bastante tiempo. (...) No generamos muchos instrumentos de acercamiento, hacíamos todo como reactivo a las demandas, no era nada planificado ni de salir a buscar ni hacer prevención, solo era reactivo a la demanda (Lucía, CESAC B).

En la reorganización de la atención del centro de salud, el equipo del CESAC B se dividió en dos cohortes que funcionaron en dos turnos: una por la mañana y otra por la tarde, dinámica que, según una de las entrevistadas, provocó la pérdida de contacto entre compañeres con los cuales compartía abordajes e intervenciones.

El equipo de salud del CESAC A, resolvió no desdoblarse por cohortes de atención y cada profesional continuó concurriendo en sus horarios habituales. Una de las profesionales

entrevistadas refiere que tomaron esta decisión porque evaluaron que la división iba a generar mayor desgaste en los profesionales e impactar negativamente en la atención de la población.

El Ministerio de Salud del GCBA dispuso en los CESAC la implementación de un triage como dispositivo de acceso, que consistía en la realización de preguntas vinculadas a síntomas compatibles con el COVID-19 para evaluar el ingreso de la población usuaria a los centros de salud.

Los equipos de salud contaron con instancias para decidir cómo organizar el triage y el proceso de demanda-atención que se desplegaba a partir de esta primera consulta. Así, el equipo del CESAC A estableció que el triage estaría a cargo de profesionales del equipo psico-social para recepcionar y reorientar la demanda, a través de una mesa ubicada afuera de la institución, mientras los médicos se encontraban abocados a la atención de personas que manifestaban síntomas compatibles con COVID 19. Una de las entrevistadas describe esta dinámica en sus inicios, como un obstáculo en el acceso:

Al principio fue bastante esto no, esto no, sobretodo en la puerta y en administración, todos los “no” juntos, era muy difícil entrar al centro de salud porque había mucho miedo, muchas barreras de las cuales muchas personas se hicieron carne en seguida (Mariel, CESAC A)

En el CESAC B, el triage lo realizaban profesionales médicos y no médicos, con días fijos asignados y a través de una ventana que daba al exterior, que funcionó como un elemento significativo para las entrevistadas: como frontera y marcador del pasado y presente, de la irrupción de la pandemia y la nueva dinámica de accesibilidad que “se fue yendo lentamente de la esfera de los derechos sociales para retroceder a la lógica de la asistencia” (Caballeda, 2012, p.2).

Los profesionales atendían desde el lado de adentro de la ventanilla y la población usuaria realizaba sus consultas desde el lado de afuera, luego de haber esperado formando una fila. Esta dinámica también se implementó para las consultas de SSNR, que los profesionales entrevistados coinciden en caracterizarla como un obstáculo en el acceso y en la calidad de atención:

La primera parte el centro de salud estuvo cerrado. Al principio, un tiempito. Cerrado me refiero, funcionaba el centro de salud pero no estaban las puertas abiertas para que la gente pueda entrar libremente, entonces se había organizado una ventanilla de atención hacia el exterior y era por orden de llegada. Y muchas de las consultas que llegaban ahí eran por métodos anticonceptivos (Juan, CESAC B)

Me acuerdo de mucha tensión en el triage, era en la ventana, hacíamos por la ventana y citábamos y la fila se iba acercando y pasaban. No sé cómo habrán sido otros triage pero nosotros no teníamos una mesita afuera, gritábamos por una ventana y pasábamos las cosas por la rendija de la ventana. Entonces muchos se acercaban y tenían que gritar que venían por una interrupción, era horrible, tratábamos que no griten, hacíamos un esfuerzo, pero entre la máscara, la ventana...(Renata , CESAC B)

En un primer momento, los dispositivos de acceso se instalaron como barreras y pusieron de manifiesto los obstáculos en la accesibilidad que trajo consigo la pandemia, desdibujando “las maneras en que se accede al sistema de salud, se permanece y transita dentro de él” (Carballeda, 2012, p.4).

4.3 “La modalidad era que se garantice el acceso”- Re-organización de la atención de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva como efecto de la irrupción de la pandemia

“El pasado se hace lejano, el presente se manifiesta como un día a día, y el futuro es más incierto que nunca”

(Abalo y Bang, 2022, p.32)

Con la declaración del ASPO, la reorganización de las modalidades de acceso y atención impactaron en los servicios que daban respuestas a distintas necesidades de salud en los efectores analizados, uno de los cuales fue la atención de la SSNR.

En el CESAC B, la dinámica de atención a través de la ventana generó una ruptura con las modalidades instituidas de resolución de la demanda de SSNR e instituyó limitaciones, en los abordajes interdisciplinarios y en el acceso a la atención en los consultorios. Uno de los entrevistados reflexiona que esta modalidad implicó un retroceso en la atención y un quiebre con el posicionamiento del equipo orientado a garantizar la *accesibilidad de derechos* (Arias y Sierra, 2019), construida como marco referencial hasta la aparición de la pandemia:

Hubo un retroceso en la atención, en el centro de salud nuestro veníamos atendiendo salud sexual de forma prácticamente libre. Cualquier persona podía venir en cualquier momento a retirar métodos o buscar un método por primera vez o hacer una consulta sin turno y en ese momento era una fila que muchas veces era muy larga, mucha gente tenía que venir a hacer mucho tiempo en la calle fila para poder venir a buscar un método o para

buscar otros métodos. Y eso obviamente que es una barrera para la población, encima con la restricción para acercarse al centro de salud, con las normas para salir de su casa y encima con las dificultades en el centro, eso fue un retroceso importante en la atención de la gente (Juan, CESAC B).

En los inicios del ASPO, la OMS declaró como esenciales a los servicios de SSR y SSNR, declaración que fue validada por el Ministerio de Salud de la Nación e implicó la legitimación de la importancia de continuar garantizando el acceso a métodos anticonceptivos, las interrupciones legales del embarazo (pre Ley 27.610) y las acciones desplegadas por los servicios.

Durante los meses de abril y agosto del año 2020, la DNSSR (Ministerio de Salud de la Nación), sistematizó en un informe las estrategias desplegadas por los servicios de salud sexual y reproductiva de todas las jurisdicciones de Argentina, teniendo como propósito disminuir los efectos negativos de la pandemia (p.10). Entre sus conclusiones se encuentran que, en el nuevo contexto de pandemia, en la mayoría de las jurisdicciones realizaron transformaciones para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos y abortos seguros, explicitando que las acciones desplegadas no fueron homogéneas y que estuvieron vinculadas con el estado de situación previo a la pandemia de cada jurisdicción.

El informe de la DNSSR identifica que las principales estrategias para garantizar la SSNR, se orientaron a fortalecer la comunicación a través de la habilitación de turnos telefónicos y uso de redes sociales, la utilización del WhatsApp para realizar acompañamientos y seguimientos, el fortalecimiento de líneas de atención telefónica gratuitas, la entrega de mayor cantidad de métodos anticonceptivos de corta duración, la realización de recetas electrónicas y la distribución de preservativos y anticonceptivos orales de emergencia en instituciones comunitarias (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2020).

Respecto de CABA, el informe da cuenta de una disminución de la demanda de las personas usuarias de los servicios de SSNR y reporta como acciones marco: garantizar el mejor funcionamiento de los servicios de salud sexual, contar con la presencia de profesionales que realicen entrega de métodos e interrupciones legales de embarazo, evitar la extracción de métodos de larga duración informando la ampliación del plazo de cobertura, la entrega de preservativos y anticoncepción de emergencia en los triage para evitar el ingreso de les

usuaries, fortalecimiento de redes sociales y WhatsApp como vías de comunicación, priorizar la atención por demanda espontánea y la atención presencial de la post- interrupciones legales de embarazo (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2020).

Cada equipo entrevistado, encontrándose con el “no saber” (Camargo,2021), reconfiguró su dinámica de demanda- atención de SSNR, teniendo como marco general las declaraciones y recomendaciones del Ministerio de Salud del GCBA (teniendo a su vez, al Ministerio de Salud de la Nación como organismo rector) y adaptándose a las limitaciones que regían en ese entonces: distanciamiento social, evitar la aglomeración de personas y la limitación en la circulación de la población usuaria. López et al. reflexionan que “las transformaciones de las prácticas de los equipos exigen una reconfiguración del “saber hacer en común” (2017,p.34).

Con anterioridad a la pandemia, para garantizar el acceso a MAC el equipo del CESAC A realizaba talleres grupales donde trabajaban colectivamente temáticas vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos, que eran coordinados interdisciplinariamente y concluían con consultas individuales para abordar la elección de un método anticonceptivo. Con la declaración del ASPO, debieron cancelar estos encuentros y comenzar a desplegar estrategias de atención individual en consultorio, implementadas por las profesionales del área psico-social porque les médicas del equipo se encontraban destinadas a la atención de pacientes con síntomas respiratorios. El acceso a la consulta individual se daba a través de un turno programado.

En la reconfiguración del espacio, las entrevistadas hacen énfasis en la pérdida de la dimensión colectiva de los talleres y la importancia que le asignó el equipo a continuar garantizando la atención sin restringir la disponibilidad de turnos.

A MAC lo que fuimos organizando con los meses fue esto de generar espacios de entrevista individual porque lo grupal estaba cortado. Que en general nosotros teníamos un dispositivo grupal en donde laburar información, laburar sentires, todo lo que se va armando en lo colectivo, en el intercambio colectivo eso no estaba. Así que eran entrevistas individuales (Camila, CESAC A)

Nosotros teníamos un taller semanal para acceder a métodos anticonceptivos y eso pasó a tres veces por semana en consultas individuales. Ampliamos la cantidad de días para poder consultar, pero fue perdiendo la riqueza del encuentro grupal. (Julia , CESAC A)

La modalidad era que se garantice el acceso, sí era una instancia en consultorio individual pero no había limitaciones en el acceso. Una persona que se acercaba en cualquier momento de la semana para solicitar una consulta de salud sexual o algún método anticonceptivo, se derivaba a estos consultorios que no tenían el límite en la atención, sino que cualquiera se podía acercar (Ana, CESAC A)

En este período, el equipo del CESAC B también realizó modificaciones en las atenciones orientadas a garantizar el acceso a MAC: la primera respuesta a la demanda de las usuarias se daba a través de la atención por la ventana del triage.

En un primer momento, atendíamos a través de una ventana que daba a la calle, hacíamos el triage y ahí íbamos organizando la demanda de la gente. Las personas que venían a buscar su método se lo dábamos, el método que veníamos usando y muy pocas mujeres se acercaban a cambiar de método o personas que no estaban usando método, a buscar uno. En ese caso veíamos si se podía hacer a través de la ventanilla, lo hacíamos a través de ahí y si no la hacíamos pasar y teníamos una consulta privada en el consultorio (Pablo, CESAC B)

En la mesa de atención ubicada en el acceso al CESAC A, el equipo fue instalando el criterio de urgencia en el abordaje de consultas de SSNR: se priorizaba su atención y se recepcionaba la demanda y a quienes lo solicitaran, se entregaban AHE y tests de embarazo.

Siempre se priorizó y generó en pandemia la posibilidad de laburar el alerta en esas mesas de orientación: “esto es una prioridad”, “esto se recibe en cualquier momento” (...) (Julia , CESAC A)

Ambos CESAC comparten la implementación de la estrategia de accesibilidad promovida por la DNSSR (Ministerio de Salud de la Nación) vinculada al aumento de cantidad de ACO entregado a las usuarias, por las limitaciones a la circulación que regían en el periodo del ASPO y porque la provisión de métodos de corta duración (anticonceptivos orales e inyectables) en comparación con los métodos de larga duración (DIU e implante subdérmico), requiere de mayor concurrencia a los servicios de salud lo que aumenta el riesgo al contagio (UNFPA, 2020).

Venían a pedir métodos y hasta ese momento se daban hasta tres cajas y ahora ya el Programa dice dar seis, en ese momento recuerdo que dábamos seis cajas para que tengan más cobertura, inyectables y todo eso se siguió dando sin problemas (Renata , CESAC B)

La gente nos decía el DNI en la puerta y nosotras íbamos y retirábamos las pastillas o nos dimos estrategias de extender recetas, por ejemplo, dar seis cajas para seis meses o dar dos inyectables si la persona tenía alguna enfermedad (Mariel, CESAC A)

En cuanto a las estrategias de atención para dar respuesta a las ILE durante el periodo del ASPO, los dos equipos manifiestan que contaban con el recurso de realización de las ecografías dentro de la institución, lo cual facilitaba la atención y evitaba el traslado de las usuarias por derivaciones a otros efectores de salud.

En el CESAC B, garantizaron la atención de las ILE, realizando el primer cercamiento por la ventana y habilitando el ingreso a las consultas dentro del centro de salud:

En la pandemia la atención se hacía más por ventanilla y hacían pasar situaciones, después continuaron atendiendo en consultorio sin tanta interdisciplina. (...) no se dejó de atender a las mujeres que se querían hacer abortos o interrupción y si consultaban se les permitía el acceso igual. Se venía, se presentaba y pasaba y se la atendía igual (Juan, CESAC B)

En el CESAC A, continuaron caracterizando estas atenciones como urgencias y realizando una primera atención por demanda espontanea como lo hacían antes del ASPO:

Todo lo que es la atención de IVE-ILE que siempre funcionó por demanda espontanea, en cualquier momento, cualquier persona que se acerque, se recibe. Eso siempre fue así y eso no cambió en pandemia, se siguió priorizando (Julia , CESAC A)

El tema IVE-ILE lo seguimos laburando como una urgencia, o sea cada vez que llegaba esa situación, alguien de la mesa de orientación lo recepcionaba y articulábamos con alguna compañera médica para darle alguna entrevista y encaminar la situación. Siempre había una primera escucha y una primera entrevistas que era más del área social (Camila, CESAC A)

La estrategia de abordaje territorial que desplegaban con anterioridad a la pandemia, continuó siendo una de las líneas de acción de los dos equipos de salud analizados. En el CESAC A los equipos territoriales siguieron interviniendo basando su trabajo en la comunicación directa con la población del barrio y en la articulación con las organizaciones locales, para difundir que el CESAC continuaba abierto y cuáles eran los recursos y servicios disponibles de SSNR.

Los equipos territoriales, que estamos organizados por equipos por manzanas, la mayoría de los equipos tenemos redes de preservativos puestos en los kioskos y en las organizaciones con dispensers, hicimos mucho trabajo para que nos pidieran preservativos, ACO de emergencia y test de embarazo (Mariel, CESAC A)

Eso laburamos un montón, todo lo que es la comunicación a través de esto, sobretodo cartelería, folletos, a veces salir casa a casa a dejar folletos: “no funciona más el taller pero podés venir lunes, martes y viernes a

consultar por métodos anticonceptivos”, “la atención de IVE sigue siendo todos los días a cualquier hora, en el momento que puedas”(Julia , CESAC A)

Colgábamos en los pasillos de las manzanas en donde nosotros circulábamos haciendo referencia “por salud sexual te podés acercar estos días y horarios”, que por IVE te podías acercar... que si estabas en una situación de violencia de género te podías acercar, no había que aguantar ciertas cosas y hacer demostrar que hay algunos circuitos que siguen funcionando en el centro de salud. (Ana, CESAC A)

El tema fue siendo retomado en el marco del territorio, con las organizaciones comunitarias, eso estuvo presente siempre y desde un doble lugar: recabando con las organizaciones si ellas veían que había algún obstáculo, algún problema que teníamos que re-trabajar y a la vez redoblando la apuesta para instalar el tema y garantizar el acceso y la forma de acceso nueva que era esto de acuerdo al tema, en el caso del MAC era esto de los tres módulos de atención de demanda espontanea para el acceso (Camila, CESAC A)

Una de las profesionales del CESAC B da cuenta de la dimensión territorial, a través de las articulaciones que realizaron con una escuela para garantizar los DSNR en el contexto del ASPO:

Teníamos ya previamente contacto con las organizaciones, políticas, sociales, con la escuela, con comedores y muchos de ellos nos fueron escribiendo por situaciones varias, algunas por situaciones de interrupción y que obviamente dábamos respuesta. (...) Nos pudimos poner en contacto con una escuela que queda cerquita del barrio, una escuela muy grande porque tiene primaria, secundaria, tiene a la noche también adultos y repartían bolsones entonces pudimos llevarles unas cajas de preservativos y ellos ponían los preservativos en los bolsones...(Renata , CESAC B)

Los equipos coinciden en que la utilización de las redes sociales y el WhatsApp de sus teléfonos personales, fueron herramientas que posibilitaron realizar comunicaciones, seguimientos y acompañamientos a la población usuaria y así saldar los obstáculos impuestos por la restricción de circulación y la falta de contacto presencial. Estas estrategias se dieron a nivel general del centro de salud, y se profundizaron en los seguimientos de casos de COVID + y de ILE.

Nuestros teléfonos circulaban porque teníamos que trabajar, no teníamos otra posibilidad, además porque mucha gente en el barrio solo recibe WhatsApp o solo llamadas por WhatsApp (Renata, CESAC B)

Había muchas consultas que venían por WhatsApp y se respondían y también se trataba de ver si se podía solucionar, muchas veces se solucionaba la consulta por WhatsApp o por Facebook (Juan, CESAC B)

Mayormente fue el uso del WhatsApp lo que nos permitió tener una llegada más directa, más real. Con otras tareas que no estaban del todo vinculadas a salud sexual, más bien todos los acompañamientos de COVID, nos

permitió tener una agenda mucho más amplia para poder interactuar. Entonces sí nos funciona muchísimo el WhatsApp, los estados de WhatsApp, hicimos mucha difusión (Julia, CESAC A)

Los equipos se encontraron en un escenario incierto y frente a esta nueva realidad, avanzaron. Se reacomodaron, se adaptaron a las dinámicas impuestas y buscaron estrategias que permitieran continuar produciendo cuidados hacia las mujeres usuarias, como "procesos que expanden las posibilidades del vivir" (Camargo, 2020, p.8).

4.3.1 Principales demandas de SSNR en el periodo del ASPO

A comienzos de la pandemia, UNFPA publicó un informe que establece que "Argentina presenta una vulnerabilidad mayor que el promedio de la región puesto que un 81 % de las usuarias de métodos anticonceptivos modernos utilizan métodos de corta duración, mientras que en el promedio regional la proporción es del 57%" (UNFPA,2020). Preveía que esta situación iba a impactar directamente en la disminución de la tasa de cobertura que poseía el país hasta los inicios de la pandemia: calculando que más de un millón de mujeres discontinuarían el uso de anticonceptivos de corta duración. Poniendo en tensión esta proyección, los equipos comparten la visión sobre la estabilidad en la cantidad de demanda de MAC: si bien refieren que las principales consultas fueron por LARC, en sus testimonios no manifiestan descensos en la demanda por métodos de corta duración.

Les entrevistades de ambos CESAC acuerdan que la mayor demanda de MAC⁹ estuvo dada por el cambio del implante sub-dérmico, LARC que posee una efectividad de tres años y la fecha de vencimiento de las primeras colocaciones, coincidió con el inicio de la pandemia.

En este marco, la DNSSR (tomando recomendaciones de la OMS), estableció recomendaciones para garantizar la cobertura de la población usuaria y los cuidados de los profesionales frente al COVID 19, debido a la falta de distancia que implicaba la práctica de extracción. Una de las recomendaciones fue extender el plazo de uso del implante subdérmico de tres a cuatro años.

⁹ El análisis sobre la demanda de IVE-ILE la realizo en el capítulo "Las mujeres vienen confiadas en que van a acceder" - La sanción de la Ley de IVE

Las consultas más frecuentes que vinieron fueron las preocupaciones por las extracciones de implantes, implantes vencidos en todo ese periodo. Esos vencimientos eran todos ahí en 2020 de esos tres años y hubo un momento que hubo mucha demanda y preocupación de la gente que venía me lo tengo que sacar, está vencido y no nos daban más los turnos (Mariel, CESAC B)

(...) nosotros hacíamos colocación y extracción de implantes pero al principio era algo que desde el Programa se había dicho eso, era muy raro decirlo, si a una persona le decís que se lo puede cambiar en tres y ahora le decís que en 4 y a mí me daría desconfianza...eso pasó pero después se volvió para atrás y hubo un montón de recambio (Renata , CESAC A)

Durante el ASPO, la profundización de las inequidades que atravesaron las mujeres se produjo en consonancia con la ruptura de los espacios de participación cotidiana de varones adultos. Esta situación impactó en dos dimensiones: la profundización de las violencias por motivos de género que atraviesan las mujeres y, en uno de los CESAC analizados, en el aumento de consultas de varones vinculadas a salud mental:

Registramos que hubo un impacto en los primeros meses, sobre todo en los varones, que para nosotros fue muy sorprendente. Teníamos un montón de consultas, los meses más duros que fueron los primeros, nos pasaba que, por día, dos o tres hombres que por ahí tenían trabajo en blanco o que tenían un trabajo más precarizado pero cotidiano y no estaban pudiendo salir a trabajar, y no estaban pudiendo garantizar lo económico a la familia, empezaba a impactar en la subjetividad. Y venían con síntomas físicos vinculados a cuestiones emocionales. Eso nos empezó a pasar muy reiteradamente, pasaban las semanas y era diario (Camila, CESAC A)

La situación de aislamiento vuelve a impactar sobre el proceso de demanda-atención: los varones se constituyeron como actores de una demanda nueva, que suele ser feminizada. La profesional entrevistada reflexiona sobre el atravesamiento de género en la manifestación de los motivos de consulta en varones y mujeres:

(...) lo loco era que en los hombres se visibilizó rápidamente y las mujeres, que por supuesto, tuvieron una sobrecarga, no lo expresaban. Eran entrevistas en otro marco. Cuando vos retomabas, por ahí en el marco del consultorio, por otras cuestiones, salía esto que yo te estoy contando. Pero no aparecía como primera presentación en la llegada al centro de salud. (...) para nosotros fue una pincelada bastante clara de cómo se jugaba en la cotidiano en estos sectores sociales, los roles que cada uno iba asumiendo o eran impuestos (Camila, CESAC A)

En el marco de las reflexiones sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de la población usuaria de los CESAC, una entrevistada recuerda que durante la etapa del ASPO,

en les usuaries irrumpían sensaciones como desesperación, angustia e incertidumbre, profundizando en el miedo a la muerte que manifestaban las usuarias del CESAC:

Me parece que eso fue también lo más difícil como equipo de acompañar, esa cosa medio existencial que tal vez en otros sectores van a terapia o está más trabajado o tienen otros accesos simbólicos a lecturas, recursos simbólicos y lúdicos sobretodo, ahí había personas que solamente trabajan y cuidan y estaban atadas de pies y manos con la cabeza que no paraba.

El impacto más grande, sobretodo en mujeres, muchas de ellas jefas de hogar en soledad, fue el pensar por primera vez la muerte, esa soledad, ese vacío, ese estático, no trabajo solo me quedo en casa acá encerrada y a esperar, a que todo se destrabe o pase o al nuevo decreto o a la nueva conferencia del presidente (Mariel, CESAC A)

4.5 “Cambiaba mucho según quién te abría la ventana”. Obstáculos en el proceso demanda–atención de la SSNR durante el ASPO

En los inicios de la pandemia, distintas publicaciones identificaron el impacto de la crisis social, económica y sanitaria en el cumplimiento y ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos en Latinoamérica.

El documento publicado en diciembre del año 2020, entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), manifestaba la preocupación en vivenciar un retroceso en la región, estableciendo que la prioridad destinada a la pandemia reduciría los recursos orientados a dar respuestas a las demandas de salud sexual y (no) reproductiva y que las mujeres experimentarían obstáculos para acceder a los servicios: por temor a circular, por falta de atenciones oportunas, de oferta de atenciones y escasez de insumos. También establece que estas dificultades podrían impactar en el aumento de la mortalidad materna, de embarazos en la adolescencia y de la demanda insatisfecha de planificación familiar y que podrían verse afectados los servicios de atención de IVE por reasignación presupuestaria, de recursos humanos e infraestructura (UNFPA y CEPAL, 2020), lo que implicaría retrocesos en el proceso de demanda-atención de la salud sexual reproductiva y no reproductiva para Latinoamérica.

En el mismo período, UNFPA proyectaba las siguientes cifras para la región latinoamericana: “luego del COVID-19 el porcentaje de mujeres con Necesidades Insatisfechas de

Planificación Familiar retrocederá entre 20 y 30 años pasando de 11.4% a 14.5% (escenario optimista) y 17,7% (escenario pesimista)” (2020, p.3).

Las consecuencias de la pandemia también se identificaron en el país: pasados los primeros meses, el informe *El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en Argentina*, proyectaba un aumento del porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar y estimaba que las usuarias de métodos anticonceptivos iban a atravesar obstáculos para su provisión vinculados con: la crisis económica, el temor al contagio, la disminución de oferta de atención y la falta de stock en los servicios de salud (UNFPA,2020). Aunque en la pre-pandemia, las proyecciones de UNFPA para Argentina establecían un porcentaje de cobertura mayor al promedio regional, el informe concluye que “luego del COVID-19 el porcentaje de mujeres con Necesidades Insatisfechas de Planificación Familiar retrocedió en República Argentina más de veinte años, pasando de 11,1% a 17.7%” (UNFPA, 2020)

Si bien en las entrevistas no se observan reflexiones vinculadas a proyecciones sobre el impacto negativo de la pandemia en la accesibilidad a DSNR de las mujeres usuarias, la información que incorporan los informes permiten contextualizar de manera más amplia el proceso de demanda-atención de SSNR desplegado por los equipos durante este periodo.

El escenario constituido por la pandemia generó nuevas dinámicas de demanda-atención que les entrevistadas visualizan como barreras, como rupturas con la modalidad de atención que habían construido históricamente, estableciendo como principales obstáculos los dispositivos de acceso al CESAC, el temor y la prohibición a circular, la falta de otras instituciones interviniendo en el territorio y la prioridad otorgada a la mirada biomédica frente a las prácticas de atención primaria de la salud.

Los equipos identifican que estos obstáculos impactaron en las modalidades de atención y de accesibilidad a los DSNR, pero no tuvieron consecuencias en términos cuantitativos en la demanda de MAC e IVE-ILE.

Los dos equipos de salud visualizan la irrupción de la pandemia como un momento de pausa del proceso de demanda-atención construido y de instauración de nuevos dispositivos de

acceso y atención a la SSNR. Estas nuevas lógicas, encuadradas en los protocolos oficiales que establecían aquello que se podía y no realizar, provocaron barreras y obstáculos: por ejemplo, la atención determinada por la ventanilla en el CESAC B, que repercutió en las respuestas a las demandas de SSNR:

Fue bastante caótico y poco eficiente por el tema del triage. Todo pasaba por un triage que estaba en contacto con las personas. Los médicos, por ejemplo, yo no estaba en el triage, por ende todo lo que era salud sexual y reproductiva tenía que ser explicado enfrente de la ventanilla donde había mucha gente atrás y adelante, no había mucha confidencialidad (Lucía, CESAC B)

Atender a través de una ventanilla, limitaba bastante, se armaban filas muy largas. Había muy poca o ninguna privacidad. A medida que la gente se acercaba a la ventanilla, se empezaba a amontonar, quizás las personas no podían expresar bien por lo que iban (Pablo, CESAC B)

Sí era menos personalizada la atención. Se hacía en la ventanilla, muchas veces se hacían preguntas más personales en la ventanilla también. Al principio, uno ingresaba al centro de salud a veces haciendo preguntas más personales en la ventanilla (...) (Juan, CESAC B)

El tipo de atención que las personas recibían dependía del posicionamiento frente a los DSNR del profesional que se encontraba encargado de la atención por la ventana.

Dependía mucho quiénes estaban ahí en la ventanilla, no era lo mismo si estaba yo o algunos de mis compañeros generalistas o si había alguna de las compañeras que no están tan preparadas en el tema, eran más expulsivas con la gente. Cambiaba mucho según quién te abría la ventana (Pablo, CESAC B)

En el CESAC A, una de las entrevistadas también identifica obstáculos en la modalidad de acceso al centro de salud, a través de la mesa de orientación. Otra entrevistada pone el foco en el temor a circular que atravesaba la población usuaria:

(...) Entonces tenías que explicar muy bien en la puerta para qué ibas al centro de salud y pasar las preguntas del triage, si estabas con fiebre...muchas barreras para no pasar (Mariel, CESAC A)

En muchos casos abandonaron el método por el temor de salir de al principio. Eso sí lo vimos muy marcado, que si bien el dispositivo y la posibilidad de acceder al MAC estaba dado desde centro de salud, los primeros tres, cuatro meses había mucho temor de salir a la calle y acercarse (Camila, CESAC B)

La falta de instituciones participando en el barrio y de políticas públicas que den respuestas en el territorio durante el ASPO impactaron en las demandas de SSNR.

Si en algún momento de la pandemia, no al inicio, habían llegado situaciones de adolescentes con edad gestacional avanzadas, no muchas pero algunas, incluso ya habiendo ley, eso no deja de dolerte, de llamarte la

atención, “qué lástima, qué pasó acá” pero bueno, pasó eso, no había escuela, estaban en las casas, con una desconexión total, que se estaban enterando de su embarazo en la semana 19 porque se lo estaba diciendo yo, muchísima desconexión, no que habían estado ambiguas en la decisión y para mí ahí no había una mirada, porque si te veía tu seño, alguna preceptora, alguna amiga de la escuela, alguna conversación iba saliendo en torno a eso, me parece que eso tiene que ver con el aislamiento, con que se cortaron las redes, con que muchas pibas y pibes la pasaron mal en sus casas, mucha soledad (Renata , CESAC B)

Una de las entrevistadas del CESAC B reflexiona sobre los obstáculos visualizados en la articulación con el hospital de referencia, dando cuenta de la centralidad del segundo nivel de atención durante el ASPO, donde la pandemia constituyó un escenario de –mayor-protagonismo de la mirada biomédica frente a los procesos de demanda-atención que se despliegan en APS. Menéndez manifiesta al respecto: “las expectativas de solución se pusieron exclusivamente en concepciones y recursos biomédicos, lo que reforzó aún más su hegemonía” (2020, p. 12

Esa fue mi principal sensación de estar medio solos porque la atención primaria quedó sumamente aislada de lo que fue la atención hospitalaria que se dedicó 100 por ciento a COVID y no teníamos respuesta para nada de lo otro, esa fue mi sensación. (Lucía, CESAC B)

“La falta de jerarquización de los centros de salud al interior del campo de la salud” (Spinelli, 2020, p.2) es una realidad histórica del sistema de salud, que la pandemia complejizó por la importancia otorgada a las respuestas biomédicas para hacer frente al COVID 19.

4.6 “Las mujeres vienen confiadas en que van a acceder” -La sanción de la Ley de IVE

El primer año de pandemia finaliza con la sanción de la Ley 27.610 (diciembre, 2020) de IVE, que trajo consigo transformaciones en el proceso de demanda-atención de las interrupciones de embarazo que despliegan los equipos. La conquista feminista del derecho a decidir, “interpela las desigualdades políticas de libertad, que arrastran otras tantas desigualdades, como las económicas y sociales de clase” (Levin, 2018, p. 379)

Los equipos coinciden en que la sanción de la IVE, impactó principalmente en los sentidos y representaciones asignados por las mujeres usuarias al proceso demanda-atención. Ramos et al. en un escrito publicado antes de la sanción de la ley de IVE, señalaban que (2020, p.11):

El temor por la penalización y el rechazo social constituyen factores que afectan las experiencias de las mujeres y que atraviesan todo el proceso de acceso al aborto. Ello puede ser subsanado a partir de una legislación que brinde garantías para un acceso adecuado y en tiempo oportuno para las mujeres que así lo requieran asegurando la intimidad y confidencialidad en todo ese proceso. De esta manera, se contribuiría a borrar el carácter de opacidad y el estigma asociado al aborto que experimentan quienes deciden realizar dicha práctica.

En concordancia con lo planteado por las autoras, para les entrevistades el nuevo marco legal facilita el acceso de las usuarias y les permite posicionarse con mayor información, menos vergüenza, miedo, prejuicio y tabú cuando plantean el motivo de consulta.

Era mucho rodeo, mucho miedo, te decían medias mentiras, medias verdades. Y aunque vos les decías podés contarme todo lo que quieras, esta cosa de la ilegalidad, siempre los dejaba con un pie medio afuera del centro de salud por si tenían que salir de ahí y buscar otra solución. Ahora vienen confiadas 100 por 100, te das cuenta en el tono y en la forma en que encaran la consulta (Mariel, CESAC A)

Antes había más miedo a decir por qué iban, por qué querían consultar y ahora parece que es más normal, sin tanto prejuicio, sin tanto miedo también. (Pablo, CESAC B)

Las personas llegan con más información, antes era más difícil expresar o se rodeaba mucho más lo que se decía en la puerta, el por qué venían. Quizá se planteaba una cosa, y en el espacio más de la consulta aparecía la demanda por ILE. Ahora la gente viene con más información, llega sabiendo algo de lo que se trata, alguien le dijo que podía venir, llegan más plantadas con la demanda. Ahora vienen y piden por una IVE en la puerta. Eso se nota mucho más (Julia, CESAC A)

Según les entrevistades, el nuevo marco normativo permite construir seguridad y confianza a las personas usuarias y propicia que cuenten con mayor información sobre la práctica cuando realizan el acercamiento al CESAC, estableciendo que esta situación impactó en el aumento de la accesibilidad, dado por: una mayor demanda de personas con menor edad gestacional, una disminución de búsqueda de prácticas de interrupción inseguras y aumento de la difusión a través “del boca en boca” en el barrio.

Las personas, obviamente, cada vez más se acercan con menos temor, no todas las personas porque hay distintas situaciones, pero si lo que cambió más allá de que haya una Ley o no, que las personas se acerquen cada vez

más orientadas por pares, por familiares, conocidas, vecinas. Cada vez menos se acercan habiendo buscado otros lugares o informaciones que no garanticen condiciones de seguridad (Ana, CESAC A)

El boca en boca en el barrio es muy importante y, por suerte, hemos siempre garantizado el acceso, así que las mujeres vienen confiadas en que van a acceder y tenemos buena adherencia por parte de las mujeres, cada vez que las citamos vienen, se les garantiza que las vamos a acompañar, hacemos seguimiento telefónico y la verdad es que tenemos buena respuesta de las mujeres, se sienten bien acompañadas (Lucia, CESAC B)

El informe de la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS (GCBA,2020) sistematiza los modos de llegada a los CESAC para la realización de las ILE durante el año 2020: la difusión de los servicios de SSNR a través del “boca en boca” es registrada como la principal estrategia de acceso a las ILE (39 %) (Coordinación, 2020). La importancia de esta modalidad de acceso a la información sistematizada en el informe, coincide con las reflexiones de les entrevistades.

En los dos CESAC acuerdan que la sanción de la IVE impactó en la accesibilidad de las mujeres pero no tuvo efectos en el aumento cuantitativo de la demanda. Visualizan que, si bien la IVE de-construye los sentidos y representaciones vinculadas a realizar una práctica socialmente estigmatizada, el sentir menos temor o mayor legitimidad en la demanda no causó que un mayor número de mujeres concurra a solicitar una IVE a los CESAC.

Si bien las mujeres en cuanto a números acceden en el mismo número, ya no es una actitud vergonzante pedir la interrupción o a plantear por qué. Hay otro posicionamiento subjetivo de la mujer cuando se acerca a solicitar el acompañamiento y eso es súper interesante (Camila, CESAC A)

Me parece que sí, que hubo mucho cambio para bien, en accesibilidad y en el acceso, en cómo se acercan las personas, pero no lo noto en cantidad (Juan, CESAC B)

No sé si tanto en la cantidad de personas que acceden a la práctica si no más a la libertad de poder plantearlo ante un administrativo, ante la persona que las reciba en el centro de salud (Pablo, CESAC B)

Establezco como hipótesis que la estabilidad en la cantidad de demanda se vincula al abordaje histórico que realizan los equipos para garantizar el derecho de las mujeres a acceder a abortos seguros en los CESAC. Los equipos analizados (aunque con diferencias), despliegan estrategias de accesibilidad que se encuentran fortalecidas, con canales de difusión articulados y misoprostol disponible.

Los dos equipos despliegan históricamente dispositivos de atención que consisten en la realización de entrevistas interdisciplinarias para brindar información y los insumos y

prácticas necesarios para acceder a la IVE-ILE. Como lo describen Cammarota et al. “el equipo permite alojar la demanda de quienes consultan, marcando una mirada ampliada de salud que no suma saberes como capas superpuestas sino que los integra” (2022, p.9).

Cada vez que las citamos vienen, se les garantiza que las vamos a acompañar, hacemos seguimiento telefónico y la verdad es que tenemos buena respuesta de las mujeres, se sienten bien acompañadas (Lucia, CESAC B)

Los equipos coinciden en la prioridad otorgada a la atención de las demandas de IVE-ILE: se atienden por demanda espontánea, brindando una primera escucha, realizando las prácticas de acompañamiento inicial y programando un horario de entrevista. Si cuentan con la disponibilidad de turnos, realizan la primera entrevista en el momento de la consulta.

Si es para IVE alguien te va a ver, no te vas a ir sin respuesta, quizá eso sea decirte que vengas con un turno programado pero sí ante habiendo chequeado la FUM o te damos la orden para la eco y te vemos, eso siempre hay alguien que te va a dar una respuesta (Renata, CESAC B)

El tema IVE-ILE lo seguimos laburando como una urgencia, o sea que cada vez que llegaba esa situación, alguien de la mesa de orientación lo recepcionaba y articulábamos con alguna compañera médica para darle alguna entrevista y encaminar la situación. Siempre había una primera escucha y una primera entrevista que era más del área social (...) y una vez que contamos con la eco, en la medida que se puede, ya pactamos una primera entrevista, que ahí sí es interdisciplinaria, que es alguien del equipo médico y alguien del equipo psico-social (Camila, CESAC A)

Las consultas por IVE o ILE eso sí se sostuvo como antes. Nosotros no tenemos días u horarios preestablecidos. Siempre en el funcionamiento del centro de salud, una persona que se acerca con esta demanda, es recibida por lo menos para una primera escucha y por una disciplina, dos disciplinas, las que puedan estar en ese momento, no es algo excluyente y después se pauta una entrevista, se toma una primera escucha, se solicita una ecografía o algo y se pacta una entrevista ya con alguien de otra disciplina para otro día y horario en un encuadre de entrevista más situada, en sí eso no cambió (Ana, CESAC A)

También les entrevistades focalizan en la transformación del proceso de demanda-atención de las ILE a las IVE: de la justificación de causales a la manifestación de la voluntad de realizar la práctica por las mujeres usuarias, cambio que es percibido como un aumento en la accesibilidad y autonomía.

Es más fácil también para la persona poder venir y resolverlo sin tener que estar escurbando tanto en su situación personal para poder justificar el episodio (Juan, CESAC B)

Pero garantizar las ILE si era algo de Trabajo Social, que tenía un rol más preponderante porque en ese momento todavía no había ley y la justificación de causales se hacía muy necesaria y era muy valorado nuestro saber para

acompañar esas entrevistas y poder dar seguridad y escribir las causales con mayor solidez y ahí era una médica generalista y las trabajadoras sociales las que garantizábamos (Renata, CESAC B)

Ahora que es voluntario está bueno porque para nosotras es menos trabajo porque no tenemos que estar un montón de tiempo teniendo que encuadrar a la persona en una causal o lidiando con los matices que eso dejaba para que otra persona se interpusiera, si teníamos que llevar ese aborto a un segundo nivel, el hospital ahí ya te buscaba el pelo al huevo, en ese armado de casual, a ver si estaba justificado o no sobre todo con salud integral que era lo más complejo (Mariel, CESAC A)

Hay algo de la dinámica que es no tener que dirigir una entrevista para tener que armar una causal que se vio mucho más facilitada, de poder hacer una entrevista un poco menos dirigida a elaborar una causal, el enfoque persiste siendo el mismo. Porque no es que hay preguntas que tienen que no o estar, sino que hay un acompañamiento y un enfoque que tiene que estar (Ana, CESAC A)

Entrevistadas del CESAC A reflexionan sobre el hito de la sanción de la Ley como parte de un proceso de abordaje histórico desde la perspectiva feminista de acceso a DSNR, que posibilitó la demanda-atención de abortos seguros desde las ILE: “una argumentación centrada en un discurso de derechos, que identifica el derecho al aborto como eje de la autonomía de las mujeres sobre sus propios cuerpos” (Fernández, 2020,p.177).

Levin manifiesta que el desafío histórico feminista fue promover la ciudadanía plena para las mujeres interpelando al sistema patriarcal y promoviendo instalar nuevos sentidos, donde el sexo se desvincule de lo reproductivo y se articule con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (2018).

También acá laburamos bastante todo lo que fue el momento previo a la Ley, la discusión en el Congreso, en el Senado, laburamos mucho lo que estaba pasando, que era lo que se estaba discutiendo. Siempre se ponía en los espacios de talleres de salud sexual, siempre hablábamos no solo del método anticonceptivo, más allá de que tal vez era lo que venían a buscar, poder enmarcar eso en clave de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos. Entonces acceder a una interrupción del embarazo es un derecho, es algo que uno puede elegir. Siempre fue algo que trabajamos mucho (Julia, CESAC A)

No es que porque haya aparecido la Ley, al día siguiente alguien viene “hola quiero una ILE”, no, no es así sí por ahí hay una percepción un poco más consciente de que es algo legal, sí una percepción errónea de que desde ese momento es legal. Lo que nosotros ahondamos en la entrevista es que ahí se construyó la ley o se aprobó la ley, es legal de hecho hace 100 años (Ana, CESAC A)

La transformación de sentidos y representaciones sociales sobre el proceso de demanda-atención de interrupciones de embarazos que generó la sanción de la IVE, también impactó

en los equipos de salud de los dos CESAC, promoviendo que nueve integrantes del equipo de salud garanticen su acceso:

Había un ginecólogo al cual yo le tenía bastante reparo porque tiene unos modos medio brutos, él sabe un montón, yo nunca lo discutí, no hacía interrupciones y empieza a hacer a partir de la Ley y empieza a preguntarme un montón de cosas: desde dónde estaba la medicación hasta cómo la dábamos, a mí que yo soy trabajadora social pero bueno yo tenía un saber previo que había estado con compañeras haciéndolo, entonces se interesaba en hacerlo y a veces lo vi también muy conmovido por situaciones (Renata, CESAC B)

A partir de la Ley hubo algunas cosas que hubo que transformar. Hay algunos que en lo concreto no conocen como es el acompañamiento específico, o hay algunos que por su quehacer no están tan abocados a eso pero si hay una escucha sensible a que se pueda garantizar el acceso y eso con la Ley se pudo ampliar más. Muchos otros compañeros se animaron a participar de una manera más activa en los espacios de interrupciones del embarazo. Quizás es “no se bien como laburar esto pero me sumo, cómo hacemos (Julia , CESAC A)

Muchos profesionales que antes no garantizaban el acceso al ILE sí empezaron a garantizar el acceso al IVE. Y eso está bueno (Lucia, CESAC B)

La mayor diferencia que noté es en los compañeros, en algunos compañeros que no hacían la práctica y que después de la ley empezaron a hacer. Que no podría decirte que son objetores porque no, pero me parece que necesitaban la seguridad de la Ley, por más que no era ilegal antes, lo que estaba haciendo era garantizar un derecho también (Renata , CESAC B)

Romero et. Al reflexiona que “la fuerza legitimadora de la ley se irradió sobre un terreno ya trabajado y permitió avanzar”(2021,p.26), en esta misma línea, los equipos avanzaron en el fortalecimiento de las líneas de acción que desplegaron históricamente para garantizar los abortos seguros en el primer nivel de atención. Su posicionamiento es político, porque construyen un espacio-tiempo donde la legitimación de los derechos sexuales y (no) reproductivos es posible.

Los equipos de SNR, como actores colectivos “desde abajo”, desplegaron en sus inicios acciones autónomas, “políticas difusas” (Fernández, 2020) que se fueron transformando en dispositivos formales, legitimados y legalizados como políticas públicas.

Si bien la pandemia desacomodó el escenario de intervención, les entrevistades supieron reacomodarse para continuar desplegando atenciones que prioricen la demanda de IVE-ILE en una realidad incierta, que profundizó las inequidades que atraviesan las usuarias.

Las reflexiones de este apartado corresponden a los primeros meses de abordaje de los equipos en el marco de la sanción de la nueva ley de IVE. En el momento de realización de las entrevistas, los equipos se encontraban en una coyuntura signada por la “salida” de la pandemia y si bien no establecen impactos significativos de la pandemia en el proceso de demanda-atención de IVE-ILE, las apreciaciones que se comparten en el trabajo están sujetas al devenir del proceso histórico que permita realizar nuevas síntesis con mayor camino recorrido y fuera del escenario particular que instituyó el COVID 19.

4.7 “*Ahora estamos atendiendo como siempre, como se atendía antes*”- Los equipos analizados saliendo de la etapa de aislamiento y reconstruyendo nuevos escenarios de demanda-atención de SSNR

A medida que fue avanzando el tiempo transcurrido de pandemia, los equipos analizados fueron tomando mayor conocimiento sobre la enfermedad y sus vías de contagio, ajustando protocolos, sistematizando los dispositivos específicos de atención y contando con la protección de las vacunas. En este proceso, los equipos fueron reacomodando los dispositivos de atención de SSNR y recuperando algunas de las prácticas que desplegaban con anterioridad a la pandemia.

En el momento de realización de las entrevistas (junio y julio 2022), las instituciones se encontraban en un período de mayor apertura (en consonancia con las disposiciones nacionales y del GCBA), con dinámicas de atención que recuperaron espacios grupales y atenciones sin distanciamiento social.

Cada equipo re-construyó el escenario de demanda-atención teniendo como propósito ir reestableciendo acciones de la pre-pandemia y valorizando estrategias desplegadas durante el ASPO: los dispositivos de acceso a los CESAC, las redes sociales como estrategia de difusión y el aumento de espacios de atención de MAC fueron estrategias implementadas por los equipos durante la pandemia que tuvieron continuidad en esta etapa.

En los dos CESAC incorporaron las modalidades de acceso que comenzaron a implementarse a partir de la realización del triage, que si bien ya no se realiza, la organización a través de la mesa de orientación en la entrada al CESAC A y la espera de los usuarios del lado de afuera en el CESAC B, se conservaron como estrategias que organizan el acceso institucional.

Ahora estamos atendiendo como siempre, como se atendía antes. Lo único que cambió es que la gente espera afuera porque nuestra sala de espera es muy pequeña y antes entraban todas las personas que estaban ahí y estaban todas paradas adentro, ahora están todas afuera. Ya hace más de un año que estamos atendiendo normalmente (Pablo, CESAC B)

Lo que quedó más instalado de la pandemia, fue el dispositivo de la puerta que hicimos una mesa de orientación, eso quedó instalado hasta el día de hoy, antes la gente entraba, iba golpeando consultorios, mucha circulación de gente y ahora está todo mucho más ordenado y eso quitó mucha presión en los médicos particularmente (Mariel, CESAC A)

Una de las entrevistadas del CESAC B caracteriza este período como de transición y reacomodamiento gradual, en el que irrumpieron obstáculos vinculados al proceso de desinstalar prácticas vinculadas a las limitaciones impuestas por el ASPO.

Nosotros hace rato que ya volvimos a todo nuestro horario normal, con toda nuestra carga y al principio costó volvernos a armar, armar todo: el horario de demanda, los que teníamos equipos básicos queríamos hacer actividades comunitarias, actividades grupales, “bueno pero todavía no se puede, porque la distancia, porque el espacio que tenemos no está ventilado (Renata , CESAC B)

En el CESAC B recuperaron las estrategias de difusión y solicitud de turnos para el consultorio de salud sexual a través del teléfono y las redes sociales que desplegaron durante el ASPO.

Ahora estamos tratando de lo que es para salud sexual, que hay faltantes en algunos métodos anticonceptivos, poder sacar turnos por las redes sociales o por teléfono para que sea más sencillo acceder. Eso quedó (Pablo, CESAC B)

Desde la consejería de salud sexual, decidimos retomar el Facebook y el Instagram y sí contestar las preguntas que vienen más orientadas a consultas sobre métodos y lo promocionamos así, hablamos de qué día hay consejería. A veces tenemos una primera consulta por ahí (D)

En cambio, en el CESAC A evalúan que, si bien fue una estrategia positiva en el periodo del ASPO, la principal modalidad de convocatoria de los espacios de SSNR se da a través del abordaje territorial.

No lo conversamos en el equipo, pero recién ahora estamos notando el impacto de las redes sociales Instagram o Facebook de lo que fue en el 2020, cuando recién lo empezábamos a usar, no tenía una llegada amplia. Incluso hoy la mayoría de la población que llega, llega porque conoce mucho el centro de salud, entonces se acercan vienen saben cómo funciona, vienen preguntan, pero en el barrio, de la comunicación que podamos dejar en los comedores, en las organizaciones, en los kioscos, se llega mucho más por eso.(Julia , CESAC A)

Las entrevistadas del CESAC A identifican continuidades con las acciones para garantizar MAC desplegadas durante el ASPO, dadas por el aumento de los días de atención. En esta nueva etapa, recuperaron la implementación del taller grupal cancelado por la irrupción de la pandemia y agregaron un nuevo horario y volvieron a realizar las entrevistas individuales luego del taller, implementando la estrategia de turnos programados para las prácticas vinculadas a LARC. Señalan la importancia de recuperar la realización de los talleres establecida por la riqueza de los intercambios colectivos de información y experiencias.

Todo lo que era la atención individual del acceso a métodos anticonceptivos, volvió a transformarse en un espacio grupal. Hace algunos meses ya lo pudimos volver a encarar con todo lo que implica poder conversar en un encuentro con las 10 personas que vengan (Julia , CESAC A)

Volvimos a retomar este espacio de la construcción colectiva y de compartir los saberes de manera colectiva y las dudas y demás que sería en el espacio de una charla taller. Ahora lo que hicimos fue tenerla dos veces por semana, antes la teníamos una sola vez por semana. Después de ese espacio, hay un espacio de entrevista individual, que ahí la idea es que hay un intercambio entre medicina, trabajo social y psicología, últimamente eso está siendo más patrimonio de las áreas psicosociales (Camila, CESAC B)

El equipo del CESAC B cuenta con tres horarios en la semana para la realización de consejerías interdisciplinarias sobre MAC por demanda espontánea. Los métodos de corta duración los entregan en la consulta y programan turnos para las prácticas vinculadas a LARC. Los turnos los organizan con una agenda que maneja el equipo de forma independiente.

Ahora tenemos tres espacios de demanda espontánea de salud sexual y reproductiva, tres días a la semana, en los cuales las mujeres pueden acceder libremente y tratar de ajustar bien el acceso a interrupciones (Camila, CESAC B)

En las atenciones de IVE-ILE se produjo un movimiento adicional dado por la sanción de la Ley de IVE en el periodo del ASPO, que impactó en el proceso demanda-atención que desplegaban los equipos. De las entrevistas se observa que los dos equipos continuaron con el criterio de atención por demanda espontánea, dando la primera respuesta en el momento que la mujer usuaria realiza la consulta por IVE-ILE. Esta estrategia, que desplegaron históricamente, tiene como marco garantizar la accesibilidad y el cumplimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos.

Si es para IVE alguien te va a ver, no te vas a ir sin respuesta, quizá eso sea decirte que vengas con un turno programado pero sí ante habiendo chequeado la FUM o te damos la orden para la eco y te vemos, eso siempre hay alguien que te va a dar una respuesta (Renata , CESAC B)

Las consultas por IVE o ILE eso sí se sostuvo como antes. Nosotros no tenemos días u horarios preestablecidos. Siempre en el funcionamiento del centro de salud, una persona que se acerca con esta demanda, es recibida por lo menos para una primera escucha y por una disciplina, dos disciplinas, las que puedan estar en ese momento, no es algo excluyente y después se pauta una entrevista, se toma una primera escucha, se solicita una ecografía o algo y se pacta una entrevista ya con alguien de otra disciplina para otro día y horario en un encuadre de entrevista más situada, en sí eso no cambió (Ana, CESAC A)

Y con respecto al IVE-ILE seguimos con la misma lógica, que es que para nosotros es una urgencia: toda persona que quiere interrumpir un embarazo se acerca, en la administración la reciben y la conectan con alguien del equipo. Y ahí hay una primera escucha, hay una primera orientación, y una vez que contamos con la eco, en la medida que se puede, ya pactamos una primera entrevista, que ahí sí es interdisciplinaria, que es alguien del equipo médico y alguien del equipo psico-social (Camila, CESAC B)

En el CESAC A retomaron la realización de reuniones del equipo de salud sexual. Una de las profesionales comparte que son encuentros mensuales, en donde se cancela la agenda de atención y se trabajan aspectos operativos, teniendo como objetivos garantizar más turnos y atenciones. En el CESAC B realizan intercambios informales y por WhatsApp sobre la tarea vinculada a SSNR y consideran a las reuniones de equipo como una estrategia de trabajo pendiente.

Los equipos se están recuperando, continúan apostando a “defender la vida”, a brindar cuidados a las mujeres usuarias ensayando líneas de acción que promuevan accesibilidad, integralidad y afecto. En una realidad que resignifica prácticas y estrategias del periodo de pandemia, que ya no es el mismo y que reinstaura dispositivos del pasado pre-pandemia, un pasado que no se ajusta al nuevo escenario.

Los equipos están posicionados en esa intersección entre el pasado, la pandemia y la nueva realidad: “necesitamos esa potencia acumulada, esos aprendizajes, para renovar convocatorias y agenciamientos para resistir y producir vida” (Camargo, 2020, p.15).

Conclusiones

En el desarrollo de la tesis analicé las prácticas y percepciones vinculadas al abordaje del proceso de demanda-atención de SSNR durante la pandemia por COVID 19, a partir de dos equipos interdisciplinarios de centros de atención primaria de la salud, de barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires. La articulación entre determinantes sociales de la salud y el proceso de demanda-atención de SSNR, en el marco específico de la pandemia y la promulgación de la Ley de IVE, constituye una línea de investigación novedosa en Argentina que me permite exponer una serie de aportes.

La pandemia construyó escenarios de no-saber, volvió incierto lo conocido, transformó dinámicas institucionales y barriales, y obligó a los equipos de SSNR a realizar las transformaciones necesarias para continuar garantizando el acceso a MAC y a IVE-ILE. Los cambios que realizaron los equipos fueron parte de un proceso que fue tomando distintos matices a medida que pasaba el tiempo y se iba adquiriendo conocimiento sobre el nuevo virus. En esta línea, les entrevistades identifican particularmente en sus relatos la etapa “del comienzo” y la recuerdan como un momento de incertidumbre para ellos y para las usuarias, en donde las prohibiciones en la circulación y el temor al contagio, se constituyeron en factores que repercutieron en la disminución de la demanda de SSNR. En este escenario, los equipos pudieron garantizar el acceso a MAC e IVE-ILE desplegando distintas estrategias, principalmente, continuaron considerando a la demanda de IVE-ILE como prioritaria, con atención por demanda espontánea, como lo hacían antes de la pandemia, y aumentaron la cantidad de ACO de corta duración que entregaban a las mujeres usuarias para evitar que tengan que trasladarse y exponerse al virus. Estas decisiones dialogaron con disposiciones de organismos nacionales e internacionales, como por ejemplo, la declaración de esencialidad de los servicios de SSNR por la OMS o la recomendación de la DNSSR de entregar mayor cantidad de ACO de corta duración. Estas declaraciones funcionaron como marco general de legitimación de las prácticas de los equipos.

Como posición histórica (más allá del periodo de pandemia), en el CESAC A les entrevistadas manifiestan el apoyo explícito que poseen a nivel institucional para llevar a cabo el proceso de demanda-atención de SSNR, al considerarla como un eje transversal de trabajo para todo el equipo de salud. En el CESAC B, si bien no explicitan el sostén institucional, tampoco visualizan actores o dinámicas que obstaculicen sus prácticas en el centro de salud.

Los equipos entrevistados se “encontraron” con la pandemia en dos procesos de conformación grupal e institucional diferentes, que condicionaron las modalidades de abordaje de SSNR. Las entrevistadas del CESAC A identifican a los vínculos afectivos construidos entre compañeres de trabajo como una de las dimensiones que permitió al equipo sostenerse y contenerse en los momentos más angustiantes e inciertos del aislamiento. Las profesionales destacan los espacios de toma de decisión grupal y de equipo de SSNR como instancias fundamentales de construcción de estrategias para dar respuesta a la demanda de la población en general y de las mujeres usuarias de SSNR en particular.

La historia de inserción territorial y comunitaria en el barrio donde se ubica el CESAC A se puso en juego en la pandemia: por el impacto que tuvieron en el equipo los fallecimientos de mujeres que históricamente consultaban al CESAC, por el cambio del escenario barrial, donde las articulaciones con otras instituciones ya no fueron posibles y por el encuentro con escenas de vulnerabilidad social, habitacional y económica, que les entrevistadas definen como “exacerbadas” y “profundizadas”. En el CESAC B, la conformación más reciente del equipo de SSNR se dividió en las entrevistas, principalmente por la manifestación de la falta de reuniones de equipo de SSNR. Si bien refieren instancias de intercambio informal entre los integrantes, cada profesional adaptó el proceso de demanda-atención de SSNR a partir de criterios más personales que grupales, por ejemplo, en el brindar el número de teléfono personal para realizar acompañamientos fue una decisión que tomó cada profesional.

Aunque parten de recorridos distintos y poseen modalidades diferentes de funcionamiento, los dos equipos coincidieron en la búsqueda orientada a continuar desplegando el “trabajo vivo en acto” (Merhy, 20212), donde medie el afecto en la producción de cuidados hacia las usuarias. Los abordajes desde los CESAC permiten los encuentros afectivos, dado que el

equipo de SSNR participa de los procesos de la vida cotidiana de las mujeres usuarias. El trabajo en territorio es una dimensión que posibilita a los equipos recuperar los vínculos históricos del CESAC con el barrio y con la trayectoria de vida de muchas de sus usuarias. Las estrategias que desplegaron los equipos recuperan esta dimensión en sus fundamentos, no de forma explícita pero sí como un eje que se puso en juego a la hora de posicionarse para dar respuesta a una realidad que se volvió desconocida.

Como plantean Faraone e Iriart (2020, p.42), “la pandemia se constituyó en un analizador privilegiado” de la capacidad que poseen los equipos en posicionarse para defender la producción de cuidados y así emprender la búsqueda de nuevas estrategias que garanticen la atención de la SSNR desafiando las imposiciones de la pandemia.

Les profesionales entrevistades se encontraron en una situación novedosa que fue estar también afectades por el nuevo escenario de pandemia, porque no solo los llevó a adaptar sus prácticas sino que les confrontó con sus propias sensaciones de miedo, angustia e incertidumbre vinculadas al contagio, a las muertes de usuaries conocides, a vivenciar y acompañar situaciones donde les otros estaban padeciendo las consecuencias de los aislamientos, la falta de recursos económicos, la ruptura de redes, entre otras. También la pandemia impactó en su dinámica laboral, donde los horarios se volvieron indefinidos: la comunicación por el WhatsApp de sus teléfonos personales les permitió contar con la posibilidad de realizar seguimientos evitando el contacto presencial, pero les llevó a estar disponibles full time respondiendo a la demanda de les usuaries del CESAC, lo que les hizo muy difícil realizar pausas del trabajo o tener tiempo de descanso personal.

La adaptación del proceso de demanda-atención de SSNR al nuevo escenario de pandemia se dio en una dinámica signada por lo urgente, donde la mirada biomédica cobró especial relevancia: la apuesta de los equipos por el abordaje interdisciplinario de la SSNR fue tensionada por las condiciones que impuso la pandemia, donde el enfoque biomédico y la atención individual cobraron especial relevancia.

Los equipos estuvieron afectados por la atención del COVID, ya sea porque los CESAC fueron centros de referencia de la población de los barrios que presentaba síntomas compatibles o porque desde allí se realizaban traslados a los lugares de aislamiento y las articulaciones con los hospitales de referencia. También tuvo efectos en la organización de

los servicios de SSNR porque les médicas estuvieron abocadas a la atención de personas con síntomas respiratorios y les profesionales del área psico-social, mayormente encargadas de la atención de la demanda de SSNR.

En este contexto, los principales obstáculos que visualizaron los equipos estuvieron dados por la dinámica de acceso en uno de los CESAC y por la cancelación del dispositivo grupal en el otro CESAC.

Las entrevistadas del CESAC A manifiestan que vivenciaron la imposibilidad de continuar realizando el taller grupal sobre MAC, como una pérdida de la riqueza que produce lo colectivo y un distanciamiento del posicionamiento que posee el equipo en generar procesos de cuidado, donde las usuarias son protagonistas y no receptoras de información. La cancelación de estos encuentros, por las restricciones en el agrupamiento de personas durante el ASPO, llevó al equipo a reformular la propuesta y a ofertar horarios de consultas individuales, que si bien les permitió continuar garantizando la accesibilidad de las usuarias a los MAC, tuvieron que adaptarse a un dispositivo biomédico que prioriza lo individual y la entrega de información por parte del equipo de SSNR.

En el CESAC B, aunque las instancias de atención de MAC dentro del CESAC, continuaron siendo individuales como en la pre-pandemia, les entrevistadas establecen que fueron afectadas por la dinámica de acceso al CESAC que se instaló con la pandemia. Les profesionales identifican como principal obstáculo la atención a través de una ventana, convirtiéndose en el elemento más significativo de ruptura con las modalidades de atención de SSNR pre-pandemia, debido a que al tener que explicitar el motivo de consulta a la persona encargada de la atención, con usuarias alrededor y atravesadas por las dificultades de escucha dada por los barbijos y máscaras, hizo que el proceso de demanda-atención de SSNR se vuelva limitado en el acceso y calidad.

Les entrevistadas refieren que el tipo de resolución de la demanda quedaba supeditada a quien se encontrara en la ventana (resolver por demanda espontánea dando ingreso al CESAC, a través de la ventanilla o programar un turno) y que, mayoritariamente, las usuarias accedían al CESAC cuando realizaban demandas de LARC e IVE-ILE.

Desde el punto de vista de las entrevistadas, la pandemia profundizó las inequidades que atraviesan las mujeres usuarias, identificándolas en elementos estructurales como la

sobrecarga de tareas de cuidado y el aumento de demandas vinculadas a situaciones de violencia de género recibidas en los consultorios.

En cuanto a las demandas realizadas por las mujeres, concuerdan que la principal demanda de MAC estuvo dada por el cambio del implante subdérmico, que a la mayoría de las mujeres se les venció en el período de aislamiento. En uno de los CESAC visualizan una demanda novedosa vinculada al acercamiento de varones, residentes en el barrio donde se ubica el centro de salud, para realizar consultas por padecimientos derivados de la ruptura de la vida cotidiana que produjo la pandemia.

Al finalizar el año 2020, la sanción de la Ley de IVE, provocó un escenario paradójico: en el escenario de profundización de las inequidades que atraviesan las mujeres usuarias, tuvo lugar un hito que amplió el campo de los DDSNR de mujeres y personas con capacidad de gestar.

Los equipos coinciden que la Ley de IVE impactó en las representaciones sociales vinculadas al estigma asignado al proceso de demanda-atención de abortos, en dos actores: usuarias e integrantes del equipo de salud. En cuanto a las usuarias, promovió que se acerquen a los CESAC explicitando el motivo de consulta, sin rodeos ni temor y que compartan, a través del “boca en boca”, el recurso con sus conocidas. En cuanto a los integrantes de los equipos de salud, llevó a que se interesaran e involucren en el proceso de demanda-atención aquellos que antes no lo hacían y nuevos profesionales comiencen a acompañar y garantizar el acceso a las IVE.

Se desprende de las entrevistas, que esta situación no tuvo efectos en la cantidad de personas que demandaron la práctica, ya que, en los registros de atención de los equipos, los números de atenciones de IVE-ILE son similares a años anteriores cuando se garantizaban las ILE. Considero, que este diagnóstico realizado por las entrevistadas, se relaciona con la trayectoria histórica que poseen los equipos de SSNR del primer nivel de atención en CABA en garantizar la realización y acompañamiento de abortos seguros.

Las estrategias de encuentro entre compañeras (dadas de modo más sistemático y explícito en uno de los CESAC) y la posibilidad de estar junto a otras trabajando en el mismo lugar (situación casi excepcional durante el ASPO), fueron los principales sostenes en una realidad

que provocaba incertidumbre y empujaba a los equipos a la búsqueda de resolver todo y al instante.

Los equipos tuvieron que adaptarse a una realidad nueva, desconocida e incierta y desplegar dispositivos de atención exigidos por el contexto, que se volvieron positivas para continuar desplegando en la post-pandemia, como por ejemplo, el aumento de cantidad de días de atención de MAC en el CESAC A o la estrategia de difusión y entrega de turnos por las redes sociales en el CESAC B.

En cambio, otras líneas de acción de la pandemia, se constituyeron en obstáculos que se vinculan con las barreras que históricamente instituye el sistema de salud: por ejemplo, la calidad y el tipo de atención supeditada al profesional que se encuentra atendiendo en el momento de la demanda, las limitaciones de espacio físico, la preponderancia de la mirada biomédica frente a los procesos que incorporan los determinantes sociales de la salud y la falta de prioridad del primer nivel de atención en el sistema de salud, profundizando la centralidad de la atención hospitalaria.

La ubicación diferencial de los equipos de SSNR en la intersección entre los dispositivos biomédicos y las prácticas de autoatención de la población usuaria, posibilitada por la estrategia de APS, les permitió estar presentes en los territorios y acompañar los procesos de autoatención que se dan en la vida cotidiana de las usuarias, procesos que no fueron contemplados como parte de las políticas estatales desplegadas para hacer frente a la pandemia.

Los equipos irán resignificando aquel periodo de pandemia, reacomodando sensaciones y recuperando las estrategias que resultaron efectivas. Siempre en el marco de su posicionamiento histórico orientado a garantizar la accesibilidad al sistema de salud a través de la producción de cuidados y de la construcción de vínculos afectivos con las usuarias de los servicios de SSNR, teniendo al trabajo en equipo interdisciplinario como principal sostén de cada profesional.

Referencias bibliográficas

- Abalo Miller, K. y Bang, C. (2022). Dimensión subjetiva de los procesos de trabajo en profesionales de salud en contexto de pandemia: un estudio exploratorio a partir del análisis de dispositivos de Apoyo a los Equipos de Salud en un municipio del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12, 5-36.
- Almeida Fihlo, N. y Paim, J.S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75,5-30.
- Almeida Filho, N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, 16, 1-34.
- Álvarez Escobar, L. (2020). *Organización Social de los Cuidados a la luz del COVID 19. Un análisis para américa latina y el caribe*. San Salvador, El salvador: OXFAM.
- Antoñanzas Serrano, A. y Gimeno Feliú, L.(2022). Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15, 12-19.
- Anzorena, C. (2018). *La institucionalización que supimos conseguir: debates necesarios*. Recuperado de <http://jornadasciniig.fahce.unlp.edu.ar/v-jornadas-y-III-congreso-2018/actas/Anzorena.pdf>
- Anzorena, C. (2021). Cuatro décadas de políticas de género en Argentina. En C. Anzorena, P. Schwarz, S. Yañez (Comp.), *Sostener y reproducir la vida*. Buenos Aires, Argentina: Teseo.

- Arias, A. y Sierra, N. (2019). La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. *Revista Margen*, 92, 1-9.
- Ayres, J. (2018). El cuidado. Los modos de ser (del) humano y las prácticas de salud. En V. Paiva, J. Ayres, A. Capriati, A. Amuchástegui y M. Pecheny, *Prevención, Promoción y Cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos* (pp. 111-140). Buenos Aires, Argentina: TeseoPress.
- Barros de Barros, M.E. (2007). Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. . En R. Pinheiro y R. Araujo de Mattos (Orgs.), *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor* (pp. 113-126). Río de Janeiro, Brasil: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Batthyány, K. (2021). Introducción. En M. Castañera Salgado et al., *Nudos críticos sobre la desigualdad de género* (pp.9-11). Ciudad de Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Belli, L. (5 de marzo de 2019). La importancia de la perspectiva de género en salud. *Ecofeminista*. Recuperado de <https://ecofeminista.com/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-salud/?v=5b61a1b298a0>
- Berra, A. (2017). *El derecho a la interrupción legal del embarazo: un estudio sobre el aborto como consulta de salud desde la perspectiva de género*. (Tesis de maestría inédita). Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP), Buenos Aires, Argentina.
- Bidaseca, K., Costa, M., Brighenti, M. y Ruggero, S. (2020). *Diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas, y disidencias en el contexto de COVID-19*. Buenos Aires, Argentina: CONICET.

- Blanco, C. (2016). *La vigilancia epistemológica en Ciencias Sociales: un compromiso ineludible. Reflexiones desde la sociología del conocimiento de Pierre Bourdieu*. Córdoba, Argentina.
- Bloj, C. (2020). Taller metodológico y de preparación de tesis. [Hipertexto]. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Bonfiglio, Salvia y Vera .(2020). *Empobrecimiento y desigualdades sociales en tiempos de pandemia*. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de la deuda social Argentina.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 14-27.
- Brown, J. (2008). Los derechos no reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos Pagu*, 30, 269-300.
- Burawoy, M.. (2018). Prefacio: ciencia y reflexividad. En J.I. Piovani y L Muñiz Tierra, *¿Condenados a la reflexividad?. Apuntes para pensar la investigación social* (pp. 12-15). Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Camargo, L. (2021). Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. *Salud Colectiva*, 17,1-15.
- Cammarota, K., Cortes Fernández, G., Del Valle, C., Hemadi, R. y Mazur, V. (2022). *Consejerías en IVE/ILE. Experiencias de implementación en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: REDAAS.

- Carballeda, A .(2012). La accesibilidad y las políticas de salud. *Revista Sociedad*.
- Cátedra Libre por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito de la facultad de psicología de la UBA. (2018). *El derecho al aborto en la formación psi*. Buenos Aires, Argentina: Teseo Press.
- Cazzaniga, S. (2002). Trabajo social e interdisciplina. La cuestión de los equipos de salud. *Revista Margen*, 27. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>
- CEPAL y UNFPA. (2020). *Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*. Santiago de Chile, Chile: Observatorio de Igualdad de Género en América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (2022). *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas.
- Coelho, T., Monteiro, R. y Pinheiro, R. (2007). Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. En R. Pinheiro y R. Araujo de Mattos (Orgs.), *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor* (pp. 29-40). Río de Janeiro, Brasil: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- 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*,12,137-143.

- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P, Mauro, M., Czernieck, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209.
- Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID -19. (2020). *Relevamiento del impacto social de las medidas de Aislamiento dispuestas por el PEN*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, resolución 1/2020*. Washington, DC: Organización de Estados Americanos.
- Contino, P. y Liwski, N. (2021). Reflexiones en torno de la inédita figura del “Derecho al olvido”. En M.R. Badano y V. Cruz (coomp.), *Conversaciones en plural. Educación superior, Derechos Humanos y desigualdad en tiempos de pandemia* (pp. 118-126). Buenos Aires, Argentina: Edulp.
- Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. (2020). *Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Crenshaw, K. (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color. En R. Platero (Ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada, temas contemporáneos* (pp. 87-122). Barcelona, España: Edicions Bellaterra.

- Crosetto, R., Bilavcik, C. y Miana, A. M. (2021). *Atención Primaria de la Salud en pandemia: los derechos sexuales y reproductivos también son prioridad*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Villa María.
- Dapuez, M. (2009). *Condicionantes en la elección de un método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil de Villa Los 40 Guasos- Córdoba, Argentina: visibilizando la inequidad de género*. (Tesis de maestría inédita). Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP), Buenos Aires, Argentina.
- De la Guarda Gutierrez, M. y Ruvalcaba Ledesma, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081
- De La Guardia Gutiérrez, M. y Ruvalcaba Ledezma, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5, 81-90.
- De Sousa Campos, G. (1996). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Nova Fronteira.
- De Sousa Minayo, C. (2008). Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. *Revista Salud Colectiva*, 4, 5-8.
- Decreto N° 260/2020 de emergencia sanitaria. Boletín Oficial de la República Argentina, 11 de marzo de 2020. Recuperado de

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/5272000/20210311?suplemento=1>

Decreto N° 297/2020 Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial de la República Argentina, 20 de marzo de 2020. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (2020). *Impacto de la pandemia COVID-19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva, Argentina marzo-agosto 2020*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (2020). *Recomendaciones para garantizar el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia de COVID-19, nota informativa 1*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (2021). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (2022). *20 años de la Ley de Salud Sexual 25.673*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=pQrI0PNUZ6k&ab_channel=MinisteriodeSaluddelaNaci%C3%B3n

- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (2022). *Métodos Anticonceptivos*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/metodos-anticonceptivos>
- Donza, E. (2021). La incidencia de la cuarentena en el escenario laboral del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Revista Trabajo y Sociedad*, 36, 29-53.
- Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. (2020). *El derecho a la salud sexual y reproductiva en Argentina en época de COVID-19, monitoreo de políticas de salud reproductiva*. Buenos Aires, Argentina.
- Ernest, C. y Mourelo, E. (2020). *El COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política. Nota técnica*. Argentina: Organización Mundial del Trabajo.
- Esteban, M.L. (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, 2,9-20.
- Faraone, S. e Iriart, C.(2020). Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Debate Público*, 20, 41-52.
- Fernández Vázquez, S. (2020). *Políticas difusas de aborto en contextos de legalidad restrictiva: del modelo de consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires (2007-2017)*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Figueiredo, A. P., Louzada, Bonaldi, C. y Barros de Barros, M. E. (2007). Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. En R. Pinheiro. M. E. Barros de Barros y R. Araujo de Mattos (Orgs.), *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp. 37-52). Río de Janeiro, Brasil: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). COVID 19: un enfoque de género. New York: autor. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). *COVID-19: un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género*. NY: UNFPA

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID. Un estudio sobre sus efectos en Colombia*. Bogotá, Colombia: UNFPA Colombia.

Giosa, L. (2021). Investigación en tiempos de COVID-19: mujeres y violencias. En M.R. Badano y V. Cruz (coomp.), *Conversaciones en plural. Educación superior, Derechos Humanos y desigualdad en tiempos de pandemia* (pp. 118-126). Buenos Aires, Argentina: Edulp.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires .(2019). Asentamientos precarios en la Ciudad de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires Revista Anual de datos y estudios sociodemográficos urbanos*, 28, 21-34.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires .(2020). *Situación epidemiológica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Extraído de <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/datos/situacion-epidemiologica>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2020). *La Línea 144 recibió más de 19.000 llamados durante la pandemia*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/saludsexual/temas/genero/noticias/violencia-de-genero-la-linea-144-recibio-mas-de-19000-llamados>

Gomes, R. y Couto, M. (2014). Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 10, 353-363.

Gomes, R., da Silva, F., Pinheiro, R. y Barros de Barro, M. E. (2007). Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde . En R. Pinheiro. M. E. Barros de Barros y R. Araujo de Mattos (Orgs.), *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp. 19-35). Río de Janeiro, Brasil: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

Greco, G. y Vitale, P. (2021). *La pandemia en la Villa 31. Respuestas estatales y comunitarias a la crisis sanitaria en el barrio Mugica*. Buenos Aires, Argentina: Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia.

Guber, R .(2018). “Volando rasantes”... etnográficamente hablando. Cuando la reflexividad de los sujetos sociales irrumpe en la reflexividad metodológica y narrativa del investigador. En J.I. Piovani y L Muñiz Tierra, *¿Condenados a la reflexividad?*.

Apuntes para pensar la investigación social (pp.52-72). Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Hernández Sampieri, R, Fernández, C. & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mac Graw-Hill Interamericana Editores.

Lagoria, R. (2020). *Accesibilidad a los servicios de salud en rehabilitación del Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego, febrero - mayo de 2019*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina.

Laurell, A.C. (1982). La Salud- Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 19,1-11.

Levin, S. (2018). ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, 14, 377-389.

Ley N° 153 Básica de Salud. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 21 de mayo de 1999. Recuperado de <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html>

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. . Boletín Oficial de la República Argentina, 14 de Abril de 2009. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=152155>

Ley N° 27.541 de solidaridad social y reactivación productiva en el marco de la emergencia pública. Boletín Oficial de la República Argentina, 28 de diciembre de 2019.

Recuperado de

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/224184/20191228>

Ley N° N° 27.610 - Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), obligatoriedad de brindar cobertura integral y gratuita. Boletín Oficial de la República Argentina, 15 de enero de 2021. Recuperado de

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Ley N°25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Boletín Oficial de la República Argentina, 26 de Mayo de 2003. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley.php>

Liborio, M. (s.f). *Atención primaria de la salud-salud colectiva*. Santa Fe, Argentina.

Linares Pérez, N. y Oliva López, A. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3, 247-259.

Malmusi, D. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26, 182-189.

Mazur, V., Weller, S., Pistani, L., Capresi, Trillo, A., Goldín, L. y Portnoy, F. (2022). La respuesta a la IVE-ILE en el subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas características de su desarrollo y cambios observados a partir de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). *Revista AMADA*, 18, 33-39.

Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. (Ponencia). Buenos Aires, Argentina.

- Menéndez, E. (1998). Modelo Médico Hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51,17-22.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1,9-32.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16,1-25.
- Menéndez, E. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Buenos Aires, Argentina: UNLA.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardilla-Gómez, S. (2014). Del proceso Salud-Enfermedad-Atención al proceso Salud-Enfermedad-Cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21,217-224.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación .(s.f.). *El barrio cuida al barrio*. Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-lanza-el-barrio-cuida-al-barrio-frente-la-pandemia-del-covid-19>
- Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación. (2020). *Barrios Populares*. Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/barrios-populares>
- Ministerio de Economía de la Nación .(s.f.). *Ingreso Familiar de Emergencia*. Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/economia/medidas-economicas-COVID19/ingresofamiliardeemergencia>

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2022.). *Datos públicos de la Línea 144 – 2022*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/datos-publicos-de-la-linea-144-2022>

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (s.f.). *Medidas en materia de género y diversidad en el marco de la emergencia sanitaria*. Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/generos/medidas-en-materia-de-genero-y-diversidad-en-el-marco-de-la-emergencia-sanitaria>

Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires .(2021). *Políticas públicas COVID 19*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación .(2021). *Realización del triage y entrevista epidemiológica. Guía de bolsillo para equipos de salud*. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación .(s.f.). *Detectar*. Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar>

Monzón, A. S. (2021). Los nudos críticos de la desigualdad de género: reflexiones desde el centro. En M. Castañera Salgado et al., *Nudos críticos sobre la desigualdad de género* (pp.71-79). Ciudad de Buenos Aires, Argentina: CLACSO.

Nunes, E. (2014). Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colectiva*, 10, 57-64.

Organización Mundial de la Salud.(2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe final*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal.

Organización Mundial de la Salud.(2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público*. Extraído de <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Organización Mundial de la Salud.(2020). *Marco operacional para la atención primaria de la salud. Transformar la visión en acción*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud.(2021). *Cobertura sanitaria universal*. Ginebra, Suiza. Extraído de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Organización Panamericana de la Salud.(2021). *Análisis de género y salud. COVID-19 en las américas*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud.(2022). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22.>

Osorio Franco, L. (2021). Cuidados, Ciudad y Pandemia. *Revista Cuestión Urbana*, 10, 111-125.

Páez, O. y Savall, M. (2009). *La reflexividad y el trabajo de campo. De la experiencia investigativa a su transmisión*. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Paim, J. S. (1992). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica*. Caracas, Venezuela: CENDES.

Paz, A. y Ramírez, C.(2019). Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable. En S. Balaña, A. Finielli, C. Giuliano, A. Paz y C. Ramírez, *Salud Feminista, soberanía de los cuerpos, poder y organización* (pp. 89-100). Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón.

Perez Tort, M. (2021). *Interrupciones Legales del Embarazo en el Municipio de Morón: redefiniendo las prácticas médicas*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires, Argentina.

Pinheiro, R. (2007). Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. En R. Pinheiro y R. Araujo de Mattos (Orgs.), *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor* (pp. 15-28). Río de Janeiro, Brasil: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

PNUD.(2020). *COVID-19: Declaración Interagencial sobre la Violencia contra las Mujeres y las Niñas*. Nueva York. Recuperado de <https://www.undp.org/es/press-releases/covid-19-declaracion-interagencial-sobre-la-violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas>

Pombo, G. (2014). *Las mujeres migrantes y la violencia de género. Aportes para la reflexión y la intervención*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: OIM.

Ramón Michel, A., Ariza, S. y Morales, M. (25 de marzo de 2021). Aumenta la mortalidad materna: el impacto silencioso de la Covid-19 en América Latina. *Ojo Público*.

Recuperado de <https://ojo-publico.com/2582/aumenta-la-mortalidad-materna-en-america-latina-en-pandemia>

Ramos, S., Romero, M., Ramón Michel, A., Tiseyra, M. V., Vila Ortiz, M. (2020). *Experiencias y obstáculos que enfrentan las mujeres en el acceso al aborto*. Buenos Aires, Argentina: CEDES.

Resumen Latinoamericano. (9 de septiembre de 2017). Silvia Federici: “La violencia es una constante en la vida de la mujer bajo el capitalismo”. *Diario Femenino*. Recuperado de <https://diariofemenino.com.ar/df/silvia-federici-la-violencia-es-una-constante-en-la-vida-de-la-mujer-bajo-el-capitalismo/>

Roig, A. (2020). Enlazar cuidados en tiempos de pandemia. Organizar vida en barrios populares del AMBA. En J.M. Bustos y S. Villafañe (comp.), *Cuidados y Mujeres en tiempos de COVID- 19. La experiencia en la Argentina* (pp.67-100) . Buenos Aires, Argentina: CEPAL.

Romero, M., Ramos, S., Ramón Michel, A., Keefe Oattes, B. y Rizzalli, E. (2021). *Proyecto mirar: a un año de la ley de aborto en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: CEDES e Ibis Reproductive Health.

Róvere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saude em Debate*, 97, 327-342.

Róvere, M. (2012). *Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. Santa Fé, Argentina: El Agora.

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Revista Nueva Antropología*, 30, 95-145.

- Saletti Cuesta, L. y Aizenberg, L. (2021). Abordajes de violencias de género y de interrupción legal del embarazo en servicios de salud durante el aislamiento por COVID-19. *Salud Colectiva*, 17, 1-18.
- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En J. Amelang & M. Nash (Eds.), *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia, España: Edicions Alfons el Magnanin.
- Sousa Campos, W. G. (2005). Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, 1, 59-67.
- Sousa Campos, W.G. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires, Argentina: EDUNLa Cooperativa.
- Spinelli, H. (2020). Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud. *Salud Colectiva*, 16, 1-11.
- Spinelli, H., Urquía, M., Bargalló, M. L., Alazraqui, M. (2002). *Equidad en salud. Teoría y praxis*. Buenos Aires, Argentina: CEDES.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. Misiones, Argentina.
- Suaya, A. y Schargrotsky, E. (2020). *Estrategia de contención del COVID-19 en el Barrio Padre Carlos Mugica*. Argentina: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento.
- Sy, A., Moglia, B. y Derossi, P. (2021). Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de Covid-19 en el ámbito de la salud pública. *Revista de Salud Pública*, 26, 60-72.

- Tajer, D. (2003). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud. *Revista Sexología y Sociedad*, 22, 14-20.
- Testa, M. (1996). Atención primaria o primitiva de la salud. En M. Testa, *Pensar Salud*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Tobar, F. (2020). *El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en Argentina, informe técnico*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Turquet, L. (2021). *Más allá del covid-19: un plan feminista para la sostenibilidad y la justicia social*. NY: Organización de Naciones Unidas Mujeres.
- Vázquez Laba, V. & Parámo Bernal, M. (2013). Mujeres subalternas ante los servicios de salud en la región Noroeste Argentino. *Medicina, Salud y Sociedad Revista electrónica*, 3, 1-24.
- Velasco, S. (2014). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid, España: Minerva Ediciones.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17
- World Health Organization. (2020). *COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak*. Geneva, Switzerland.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M. M. y Lenta, M. M. (2021). *Salud mental comunitaria y pandemia. Diálogo desde los territorios*. Buenos Aires, Argentina: Teseo.

Anexos

1. Consentimiento informado profesionales Hospital Fernández

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA A PROFESIONALES

Mi nombre es Natalia Laski y me encuentro realizando una investigación para mi tesis de posgrado, enmarcada en la Maestría en Género, Sociedad y Políticas, de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde su Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

El **propósito del estudio** es comprender y describir las representaciones y prácticas sobre el proceso de demanda-atención en salud sexual y (no) reproductiva durante la pandemia COVID-19. El foco son dos equipos interdisciplinarios que intervienen en centros de atención primaria de la salud, ubicados en barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires.

El **objetivo de la entrevista** es comprender y describir el modo en que abordaron como equipo interdisciplinario el proceso de demanda-atención de la salud sexual y (no) reproductiva durante la pandemia COVID-19.

Solo la investigadora principal tendrá acceso a los datos recopilados en las entrevistas. Para garantizar el anonimato y la confidencialidad, se otorgará un seudónimo a los/as entrevistados/as que se utilizará para almacenar los archivos de audio y de texto. En la divulgación de los resultados de la investigación, se pondrá especial atención en no mencionar referencias a partir de las que se pueda inducir la identidad de los/as entrevistados/as.

Las entrevistas serán grabadas y transcritas por la investigadora. Su contenido será utilizado como fuente de información para realizar el análisis y las reflexiones en el marco de los objetivos propuestos.

Teniendo en cuenta lo anterior, solicito que accedas a ser entrevistado-a.

Procedimientos a realizar: este consentimiento se leerá previamente a la realización de la entrevista. Espero puedas brindarme el tiempo que requiero para realizar la entrevista. Tu

participación es voluntaria y no tenés que responder las preguntas que no quieras. ¿Me das permiso para continuar?

Beneficios de la participación en este estudio: no hay beneficios directos por la participación en esta entrevista. Sin embargo, se espera que los resultados del estudio contribuyan a generar información que permita planificar acciones vinculadas al proceso de demanda-atención de las mujeres, en los servicios públicos de salud sexual y (no) reproductiva.

Alternativas para la participación: tenés derecho a no aceptar la participación en la entrevista, aun cuando hayas firmado el consentimiento informado. También tenés derecho a no contestar algunas de las preguntas formuladas o de retirar tu consentimiento a participar en cualquier momento de la entrevista.

La participación o rechazo a enrolarse en el estudio no tendrá impacto alguno en el trabajo en el sistema de salud ni tendrá injerencia sobre la evaluación del desempeño laboral.

Si tenés dudas acerca de la participación en este estudio, te podés contactar al Comité de Ética en Investigación del Hospital Juan A. Fernández en: Av. Cerviño 3356- (C1425ASQ) Ciudad Autónoma de Buenos Aires o por correo electrónico: fernandez_cei@buenosaires.gob.ar

Declaración de consentimiento:

He leído toda la información contenida en el consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Consiento voluntariamente participar en este estudio, respondiendo a la entrevista y comprendo que tengo derecho de no aceptar participar sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

Firma de la investigadora:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

2. Consentimiento informado profesionales Hospital Piñero

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA A PROFESIONALES

Mi nombre es Natalia Laski y me encuentro realizando una investigación para mi tesis de posgrado, enmarcada en la Maestría en Género, Sociedad y Políticas, de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde su Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

El **propósito del estudio** es comprender y describir las representaciones y prácticas sobre el abordaje de la demanda-atención en salud sexual y (no) reproductiva durante la pandemia COVID 19. El foco son dos equipos interdisciplinarios que intervienen en centros de atención primaria de la salud, ubicados en barrios populares en la Ciudad de Buenos Aires.

El **objetivo de la entrevista** es comprender y describir el modo en que abordaron como equipo interdisciplinario el proceso de demanda-atención de la salud sexual y (no) reproductiva durante la pandemia COVID 19.

Por este motivo, solicito que acceda a ser entrevistado-a.

Procedimientos a realizar: este consentimiento se leerá previamente a la realización de la entrevista. Espero pueda brindarme el tiempo requerido para efectuar la entrevista.

El lugar y horario de las entrevistas será previamente combinado con los-las profesionales que conforman el equipo de atención, pudiendo desarrollarse dentro o fuera del horario laboral, según lo que consideren más conveniente y sus disponibilidades.

Su participación es voluntaria y no tiene que responder las preguntas que no quiera. ¿Me da permiso para continuar?

La investigadora garantiza el anonimato y la confidencialidad de toda la información recolectada en el estudio.

Beneficios de la participación en este estudio: no hay beneficios directos por la participación en esta entrevista. Sin embargo, se espera que los resultados del estudio contribuyan a generar información que permita planificar acciones vinculadas al proceso de demanda-atención de las mujeres, en los servicios públicos de salud sexual y (no) reproductiva.

Alternativas para la participación: tiene derecho a no aceptar la participación en la entrevista, aun cuando haya firmado el consentimiento informado. También tiene derecho a no contestar algunas de las preguntas formuladas o de retirar su consentimiento a participar en cualquier momento de la entrevista.

El presente trabajo de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética en la Investigación del Hospital de Agudos P. Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ante consultas referidas al estudio, debe contactar al Comité de Ética en la Investigación Hospital de Agudos P. Piñero ubicado en Varela 1301 (C1406ELA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires. O por correo electrónico: ceihospitalpinero@gmail.com

En caso de requerir mayor información acerca del presente estudio, comunicarse con la investigadora Natalia Laski. Correo electrónico: natalialaski@gmail.com

Declaración de consentimiento:

He leído toda la información contenida en el consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Consiento voluntariamente participar en este estudio, respondiendo a la entrevista y comprendo que tengo derecho de no aceptar participar sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

Sí acepto participar:

Nombre y Apellido:

Firma:

Fecha:

No acepto participar:

Nombre y Apellido:

Firma:

Fecha:

3. Guía de entrevista individual para profesionales

Cuestionario de entrevista semi-estructurada - Individual

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:

Profesión y especialidad:

Institución:

Años en el cargo:

Rol en el equipo:

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA

1. ¿Cómo organizaron la atención de la interrupción legal del embarazo y métodos anticonceptivos a partir de la irrupción de la pandemia y el ASPO?
2. ¿Cuáles fueron las principales estrategias para garantizar la accesibilidad?
3. ¿Qué obstáculos enfrentaron/encontraron en el acceso y en la atención de métodos anticonceptivos e IVE-ILE?
4. ¿Cuáles fueron las principales demandas realizadas por las mujeres usuarias?

DESIGUALDADES Y PERCEPCIONES

5. ¿Cómo considerás que impactaron la pandemia y el aislamiento en las demandas al consultorio que realizan las mujeres usuarias?
6. ¿Cómo considerás que impactó la pandemia en las desigualdades que atraviesan las mujeres usuarias? ¿Visualizás cambios al respecto? ¿Cuáles?
7. Si menciona desigualdades, ¿Abordaron esas desigualdades desde los equipos?
¿Cómo?
8. ¿Podés dar cuenta de algún sentimiento particular que te generó intervenir en estas situaciones durante la pandemia? ¿Cuál?
9. ¿Cómo atravesaste el “ser esencial” y la emergencia sanitaria durante el ASPO? ¿Qué sentimientos-pensamientos recordás que surgieron?
10. ¿Considerás que la nueva vida cotidiana que emergió a partir del ASPO modificó la forma de atención? ¿En cuáles aspectos?

CAMBIOS Y CONTINUIDADES

11. ¿Cuáles fueron los principales cambios en el modo de atención?
12. ¿Cómo se organizaba la atención, seguimiento y acompañamiento previamente al ASPO?

POST PANDEMIA Y POST SANCIÓN DE LEY IVE

13. ¿Qué aprendizajes consideras que dejó esta forma de atención? ¿Consideras que es posible continuar desplegando alguna de esas estrategias luego de la pandemia? ¿Cuál? ¿Por qué?
14. ¿Qué aspectos traídos por la pandemia se han ido instalando?
15. ¿Cómo impactó la legalización de la interrupción del embarazo en la práctica cotidiana del equipo?
16. ¿Cómo se organizan la demanda y la atención de métodos anticonceptivos y de IVE-ILE en la actualidad?
17. ¿Encontrás diferencias en la demanda? ¿En qué aspectos?
18. ¿Cuáles crees que son las principales transformaciones que provoca la sanción de la Ley?