

Tensiones entre Derechos No Reproductivos y Responsabilidades

Dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos que reconocen las personas usuarias en el sistema de salud del partido de Olavarría (Argentina). 2021-2022

Autora: Yanina Débora Bórmida Carriquiri

Directora: Mercedes Marchetti

Tesis para la obtención del grado de Magíster en Género, Sociedad y Políticas.

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

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

Argentina, marzo 2024

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a quienes me acompañaron a lo largo de este recorrido:

A mi directora, Mercedes, por guiarme en el proceso de investigación desde el plano teórico y metodológico y, por el apoyo, la confianza y el aliento constante que hicieron posible este trabajo.

A mi compañero de vida, Manuel, que se hizo cargo de nuestras responsabilidades compartidas para que pudiera dedicarme de lleno a alcanzar esta meta.

A mi mamá que está incondicionalmente para mí y, por quién soy la que soy.

A mis hermanas, sobrinas y sobrinos que son mis pilares de toda la vida.

A mis Amigas y compañeras de militancia, cuyas redes son sosten en este contexto lleno de adversidades, especialmente a los equipos del Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva y del Programa Permanente de Estudios de la Mujer.

A las personas usuarias encuestadas y entrevistadas por su amabilidad y su buena predisposición en sus participaciones.

Al equipo de PRIGEPP, docentes, compañeros y compañeras de la Maestría por el camino recorrido conjuntamente.

A Hermes, Simona, Mora, León, Gaspar, Bianca, Matilda, Teo y al limonero que acompañaron la escritura de cada palabra en esta tesis.

RESUMEN

En esta investigación se abordan las dificultades en el acceso a Métodos Anticonceptivos reconocidas por las personas usuarias en el Sistema de salud del partido de Olavarría, desde la perspectiva de quienes, posteriormente, accedieron a una Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo en el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Olavarría, entre los años 2021 y 2022.

Se empleó una metodología cualitativa con la utilización de fuentes primarias y secundarias. En una primera etapa de revisión de fuentes secundarias, se incluyeron materiales bibliográficos académicos, documentos e informes públicos e instrumentos normativos mientras que, con relación a las fuentes primarias, se realizaron encuestas y entrevistas en profundidad a personas usuarias que refirieron dificultades de acceso a MAC, con el propósito de recuperar la perspectiva de las personas usuarias en su tránsito por el sistema de salud y, así, constituirse en un aporte para la planificación de dispositivos para los procesos de mejora de la calidad de atención de la salud.

Palabras clave: Género, derechos, sexualidad, reproducción, no reproducción, modelos de atención en salud, políticas públicas.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	3
GLOSARIO	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1	13
Estado del arte, enfoque teórico y metodológico	13
1. Estado del arte y antecedentes de investigación	13
2. Justificación del problema de investigación	21
3. Marco teórico	23
4. Objetivos e hipótesis	34
a. Objetivo General	34
b. Objetivos específicos	35
c. Hipótesis de la investigación	35
5. Marco metodológico	36
CAPÍTULO 2	42
Proceso de Institucionalización de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y no Reproductivos en Argentina	42
1. Contexto normativo y programas de Salud Sexual y Reproductiva	42
2. Implicancias y rol activo de los feminismos en la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos y no reproductivos	48
CAPÍTULO 3	61
Acceso a métodos anticonceptivos en el sistema de salud del Partido de Olavarría 61	
1. Registros de las consultas por IVE/ILE en el PMSSyR	65
a. Métodos anticonceptivos de corta duración	65
b. Métodos anticonceptivos de larga duración reversibles	69
c. Métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos	71
2. Encuestas	73
Descripción de la población encuestada	73
Sector de salud	79
Procesos de mejora en la atención	82
3. Entrevistas en profundidad	85
a. Atención en salud	85

b. Conocimiento sobre Derechos Sexuales y Derechos reproductivos y no reproductivos.....	89
c. Autonomía en la elección del MAC	94
d. Percepciones sobre los procesos de mejora en la atención	99
4. Dificultades de acceso a MAC	101
HALLAZGOS Y CONCLUSIONES.....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	116
ANEXOS	132
1. Ficha de atención por solicitudes de IVE/ILE del PMSSyR (frente)	132
2. Ficha de atención por solicitudes de IVE/ILE del PMSSyR (dorso)	133
3. Consentimiento informado	134
2. Datos de acompañamientos de IVE/ILE según año por el PMSSyR	135
5. Circuito de atención de IVE/ILE del PMSSyR	136

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Acompañamientos IVE/ILE según año (2016-2022)	56
Tabla 2: Presentación de categorías de análisis	64

ÍNDICE DE ILUSTACIONES

Ilustración 1: Cobertura de los sistemas de salud	74
Ilustración 2: Lugar de atención	74
Ilustración 3: Sector de salud de atención.....	75
Ilustración 4: Valoración del sistema público de salud	81
Ilustración 5: Valoración del sector privado de salud	82

GLOSARIO

- ACI:** Anticonceptivos Inyectables
- ACO:** Anticonceptivos Orales
- AHE:** Anticoncepción Hormonal de Emergencia
- CAPS:** Centros de Atención Primaria de la Salud
- CCyC:** Código Civil y Comercial
- CELS:** Centro de Estudios Legales y Sociales
- CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CONDERS:** Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos
- DDHH:** Derechos Humanos
- DIU:** Dispositivo Intrauterino
- DNSSyR:** Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- DSDR:** Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y No Reproductivos
- ELA:** Equipo Latinoamericano de Justicia y Género
- ESI:** Educación Sexual Integral
- FACSO:** Facultad de Ciencias Sociales
- FLACSO:** Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- FPNU:** Fondo de Población de las Naciones Unidas
- HCD:** Honorable Concejo Deliberante
- HMHC:** Hospital Municipal Dr. Héctor Cura
- ISD:** Implante Subdérmico
- IVE/ILE:** Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo
- LGBT+:** Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Trans, Intersexuales, Queer y otras identidades sexogenéricas
- MAC:** Métodos Anticonceptivos
- MSPBA:** Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
- OSC:** Organizaciones de la Sociedad Civil
- PMO:** Programa Médico Obligatorio
- PMSSyR:** Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva
- PNSSyPR:** Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
- PPEM:** Permanente de Estudios de la Mujer
- PRIGEPP:** Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas

Red PSDD: Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir de Olavarría

SES: Secretaría de Equidad en Salud

SIU - DIU LNG: Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel

SSyR: Salud Sexual y Reproductiva

UNICEN: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza en el marco de la tesis de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas que ofrece la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde su Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

Parte del interés por conocer las dificultades en el acceso a Métodos Anticonceptivos (en adelante métodos o MAC) reconocidas por las personas en el sistema de salud del Partido de Olavarría¹. La investigación se centra en la perspectiva de las personas usuarias que, posteriormente, accedieron a una Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo (IVE/ILE) en el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Olavarría. Los casos que se recuperan corresponden al período comprendido entre los años 2021 y 2022; este recorte temporal se vincula a la entrada en vigencia de la Ley 27.610 (2020) de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

El Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante Programa o PMSSyR) fue creado por la Ordenanza Municipal 3.365 (2010) sobre la base de los hallazgos incluidos en los informes realizados por el Programa Permanente de Estudios de la Mujer (PPEM) de la Secretaría de Extensión, Bienestar y Transferencia de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2006 y 2009, en el marco del Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS).

Las acciones realizadas posteriormente para la implementación y avances del PMSSyR son producto del rol activo de los Programas de Extensión Universitaria² junto a Organizaciones de la Sociedad Civil locales para lograr el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y No Reproductivos (en adelante DSDR) por el Ejecutivo y su garantía a nivel local. Estas

¹ Partido ubicado en el centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

² Como parte del movimiento de mujeres y LGBT+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Trans, Intersexuales, Queer y otras identidades sexogenéricas) anclado en la universidad pública

se configuran en actores/actrices clave en la planificación y desarrollo de políticas públicas en DSDR.

El objetivo de esta investigación es dar cuenta de las dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos que reconocen las personas usuarias en el sistema de salud del partido de Olavarría que, con posterioridad, en los años 2021 y 2022, accedieron a una Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo en el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva.

Se busca dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las acciones, actitudes y omisiones por parte del sistema de salud que limitan la garantía en el ejercicio libre de la sexualidad, la reproducción y la no reproducción sin discriminación, coerción o violencia, a las personas usuarias? ¿De qué manera opera el modelo de atención tradicional de salud en las dificultades de acceso a métodos anticonceptivos enfrentadas por las personas usuarias? ¿En qué sentido, la falta de un modelo de atención integral y común para todos los equipos de salud del Partido de Olavarría, se constituye en obstáculos para el acceso a métodos anticonceptivos que interpone el sistema de salud a las personas usuarias?

En este punto, se señala que, durante el proceso de escritura de esta investigación, se reflexionó sobre el concepto a utilizar, para el comienzo del recorrido y el posterior análisis de los datos. En un principio, se pensó en utilizar el concepto “barreras”, luego en “impedimentos” y, más tarde en “obstáculos” y “dificultades” para dar cuenta de que existen actitudes, acciones, decisiones y omisiones en los sistemas de salud que se traducen en limitaciones para las personas usuarias en el pleno ejercicio de los derechos, en particular de los DSDR.

En este sentido, se pone en tensión el modelo tradicional-patriarcal de atención, en las relaciones de poder existentes entre los equipos de salud y las personas usuarias, en donde predomina el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) y surge la necesidad de construir un modelo de atención integral y común para todos los equipos de salud del Partido de Olavarría -centrado en las personas como sujetos de derechos desde la salud integral que incorpore la perspectiva de género de manera transversal-.

A través de un enfoque metodológico cualitativo con utilización de fuentes primarias y secundarias, se realizaron encuestas y entrevistas en profundidad a personas usuarias que requirieron una IVE/ILE a través del PMSSyR, en los años 2021 y 2022. Con relación a las fuentes secundarias, se analizaron los datos solicitados en las consultas³ y sistematizados por el equipo del Programa en el ámbito de una política de DSDR en el Partido de Olavarría (Hipertexto PRIGEPP Taller de Tesis, 2022).

A medida que se avanzó en la investigación se hizo evidente la necesidad de recuperar las voces de las personas usuarias, como una herramienta valiosa para pensar en estrategias de mejora ya que, son quienes pueden dar cuenta de sus experiencias al transitar los sistemas de salud e identificar lo que necesitan para poder obtener una atención en salud de calidad.

Por ello, el capítulo 1 de esta investigación presenta el estado del arte y los antecedentes de la investigación, junto a la justificación del problema de investigación, el enfoque teórico y metodológico. Para la construcción del estado de arte, en un inicio, la búsqueda estuvo orientada a la revisión de investigaciones a nivel internacional y nacional, para luego, ampliar la búsqueda a otras investigaciones recientes a nivel regional y local. Dentro del mismo capítulo, se presenta el marco teórico junto a los conceptos y categorías que se consideran relevantes para el desarrollo de esta investigación, también se presentan objetivos e hipótesis y el enfoque metodológico que da cuenta del recorrido llevado adelante en la investigación con el conjunto de técnicas y herramientas utilizadas para la construcción de los datos analizados.

El capítulo 2 da cuenta del proceso de institucionalización de los DSDR a nivel nacional y a nivel local. Aquí, se realiza un recorrido del contexto normativo a nivel nacional de protección de DSDR y, la implicancia y rol activo, de los feminismos que a partir de las luchas colectivas, posibilitó el avance en materia de derechos. Para luego, dar cuenta del contexto local y de los procesos de gestación, diseño e implementación del PMSSyR en el Partido de Olavarría, la conformación de su equipo de trabajo y el circuito de atención de IVE/ILE.

³ Ver anexos 1 y 2

El capítulo 3 presenta el análisis de los datos construidos a partir de las consultas de IVE/ILE en los años 2021 y 2022 que, fueron sistematizados por el equipo del Programa, el análisis de las encuestas realizadas a personas usuarias que refirieron dificultades en el acceso a MAC en dichas consultas y los datos de las entrevistas en profundidad.

Por último, los hallazgos y conclusiones, en donde se recupera el análisis de los aportes más relevantes sobre las dificultades que reconocen las personas usuarias a la hora de acceder a los métodos anticonceptivos en el sistema de salud y reflexiones sobre los aportes de esta investigación y la necesidad de darle continuidad para la revisión de los modelos de atención en salud vigentes a nivel local y para pensar en el diseño e implementación de políticas públicas para contribuir en los procesos de mejora en la atención de la salud.

CAPÍTULO 1

Estado del arte, enfoque teórico y metodológico

1. Estado del arte y antecedentes de investigación

Para comenzar, a los efectos de la presente investigación, se realizó un recorrido por los marcos normativos y desarrollo de políticas públicas de Latinoamérica y Argentina en materia de DSDR, para continuar con la revisión de antecedentes en materia de producción de conocimiento, recuperando investigaciones a nivel regional y local.

Como punto de partida, se referencia a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que tuvo lugar en el mes de septiembre del año 1994 en El Cairo que, en su Programa de Acción específico reconoce a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que deben ser respetados y garantizados (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

A continuación, se revisó el proceso de institucionalización de los DSDR en Argentina (ver desarrollo del capítulo 2) y, se encontró el informe de la Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2016) que analiza, desde una perspectiva de derechos humanos, las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los Programas de Buenos Aires y Chubut. Allí se concluye que, en Argentina, desde la recuperación de la democracia, se ha logrado consolidar a través de avances legislativos un sistema institucional destinado a garantizar un conjunto de derechos en el marco de la salud sexual y reproductiva.

Para ello, a partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable -PNSSyPR- (Ley 25.673, 2002), el Estado destina recursos materiales, institucionales y simbólicos, a través de los esfuerzos realizados en múltiples niveles de gestión, al dotar personas capacitadas para la conformación de los equipos y mayor presupuesto. En este sentido, se recupera la relevancia que presentan “en este escenario las disputas morales, religiosas y culturales que se relacionan con la sexualidad y la reproducción y que condicionan el desarrollo e implementación de la política pública” (CELS, 2016, p.69).

Particularmente, en el marco de la pandemia de COVID-19, durante las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, el Estado argentino realizó

distintos esfuerzos a través de decisiones gubernamentales que otorgaron visibilidad y jerarquía a los DSDR en salud y, a la vez, se evidenciaron las barreras de acceso existentes en el sistema de salud por parte de las personas usuarias. El Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA, 2020) presentó un informe de monitoreo de las respuestas del Estado argentino para abordar el impacto de la pandemia en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), medidas necesarias para garantizar los DSDR desde una perspectiva de género y un enfoque interseccional.

En este sentido, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR) en conjunto con el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, emitieron comunicaciones que contienen las recomendaciones para garantizar el acceso a las prestaciones en SSyR en el contexto de la pandemia por el COVID-19, estableciéndose como servicios de emergencia y esenciales de salud y pone el énfasis en el acceso a los métodos anticonceptivos de larga y corta duración y a la interrupción legal del embarazo (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires [MSPBA], 2021).

Hasta este punto, se recupera el reconocimiento a nivel internacional de los DSDR como derechos humanos, el proceso de institucionalización a través de avances legislativos en Argentina, desde la recuperación de la democracia hasta la actualidad y, por último, la visibilidad y jerarquía otorgada al establecer las prestaciones de SSyR como servicios de emergencia y esenciales.

La búsqueda de antecedentes, impulsó la organización de las investigaciones que pretendieron llevar adelante una evaluación de la implementación de políticas públicas en materia de DSDR, desde las propuestas más abarcativas a las más específicas que recuperan voces puntuales. Así un primer grupo parte del análisis de dispositivos, planes y programas de SSyR, en donde se hacen evidentes las distintas perspectivas por las que se pueden monitorear las políticas públicas, en función de diferentes técnicas, como la revisión de documentos y artículos, la observación y la realización de entrevistas para recuperar una diversidad de voces, como personas usuarias, personas que conforman los equipos de salud, personas decisoras como funcionarios/as, así como a personas que conforman organizaciones de la sociedad civil (OSC).

Mientras que un segundo, focalizan en recuperar las voces de un grupo específico, por un lado, de las personas usuarias, lo cual permite profundizar en el análisis de estas perspectivas para conocer sobre las posibilidades del libre ejercicio de los DSDR y, por otro, quienes profundizan en recuperar las voces de quienes conforman los equipos de salud y dan cuenta del desarrollo de sus actividades vinculadas a la atención en salud.

En general, en todas ellas se buscó identificar los condicionantes sociales que limitan la garantía en el ejercicio libre de la sexualidad, a la reproducción y a la no reproducción sin discriminación, coerción o violencia.

En el primer grupo de investigaciones más abarcativas, a nivel interamericano, se menciona a Cuasapud Arteaga (2021), cuya tesis de maestría en el marco de PRIGEPP, se orientó a la revisión de planes y programas del municipio de Ibagué -Tolima (Colombia), en la garantía de los DSDR mediante la realización de entrevistas a funcionarios/as en torno a la garantía de DSDR y encuentros grupales con jóvenes en donde se recogieron sus percepciones y demandas. Realiza un recorte etario y circunscribe su investigación a jóvenes y adolescentes. Comprende a planes y Programas de SSyR en Colombia, por lo que contiene un análisis de la normativa allí vigente pero, destaca que los DSDR fueron colocados en la agenda internacional y asumidos como compromisos de los Estados, para ganar así legitimidad y generar impacto de diferente forma en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas de los países.

En el mismo sentido se halló la investigación de Rossi Rodríguez (2014) de Uruguay, cuyo objetivo general fue indagar y analizar cómo se vinculan las acciones de promoción en la accesibilidad a la salud y los DSDR que se realizan desde los Espacios de Salud Adolescente, implementados en el sistema público de Uruguay desde el Primer Nivel de Atención. A partir de la realización de entrevistas semi dirigidas a adolescentes usuarios/as del sistema de salud, profesionales de los equipos de salud, y personas gestoras y decisoras a nivel político-programático. Dentro de los hallazgos más relevantes se destaca la escasa apropiación y conocimiento por parte de los/as adolescentes sobre los DSDR, así como la desjerarquización de los equipos de salud que limita la capacidad de dar respuestas a las demandas y necesidades en SSyR a los/as adolescentes.

A nivel nacional, Mattioli (2011), realizó una investigación que se orienta a la evaluación de la calidad de la atención de los servicios de salud sexual y

reproductiva de los centros de salud del área programática del Hospital Argerich, ciudad de Buenos Aires (Argentina) cuyo tipo de estudio es descriptivo a partir de la utilización de fuentes primarias y, cuyos hallazgos dan cuenta de que la calidad de los servicios de SSyR está estrechamente vinculada al grado de involucramiento de los y las profesionales con respecto a las trayectorias sexuales y reproductivas de las personas usuarias y, en el reconocimiento personal de la importancia de la incorporación de la perspectiva de género y el enfoque de derechos en la atención de salud.

También, se recuperan las investigaciones de Pecheny y Petracci (2006) que realizan un recorrido para dar cuenta del sistema legal y político que incluye el proceso de inclusión de los derechos sexuales en Argentina. Aquí, se conciben los DSDR como una reivindicación de la igualdad entre ciudadanos y ciudadanas ya que reconocen “que la libre disposición del propio cuerpo es una condición de la plena autonomía de los individuos sexuados” (p.68). Se utilizaron fuentes primarias y secundarias, a partir de entrevistas a informantes clave (personas de la academia, legislación y representantes de organizaciones no gubernamentales), además de la revisión de legislación a nivel nacional y provincial, fallos judiciales, planes y programas, etc. Finalmente, concluyeron que, más allá de la traducción de estos derechos en políticas públicas y legislaciones, se requiere de ciertas condiciones y recursos materiales y simbólicos para el pleno ejercicio de los derechos que no están universalmente disponibles para el conjunto de la sociedad (Pecheny y Petracci, 2006).

Mientras que, a nivel regional, Arhex (2020), en su investigación, se propuso comprender, a través del análisis de los discursos, cómo las concepciones de los/as actores/actrices impactaron en la configuración de las Consejerías, concebidas como un dispositivo de salud que garantiza un espacio de escucha, de contención y de asesoramiento a las personas en situación de embarazos no intencionales, a partir de un estudio de caso en la ciudad de Tandil (provincia de Buenos Aires, Argentina). Se utilizaron fuentes primarias y secundarias, en dónde se recuperaron los discursos normativos y recortes periodísticos y se realizaron entrevistas en profundidad; en esta se concluye que, el escenario de la política de las Consejerías estuvo signado por las diferentes concepciones en disputa y en tensión respecto del rol social de las mujeres y de los roles y estereotipos de género.

Y, finalmente a nivel local, se mencionan dos investigaciones recientes, en el marco de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires.

Por un lado, Compagnon (2023) que, se propuso analizar el proceso social de construcción del Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva en el contexto local del partido de Olavarría, durante el período correspondiente a los años 2006 y 2019. Esta tesis pone el foco en el modo en que las interacciones entre los/as diversos/as actores/as y sectores que participaron de todo el proceso y definieron la dinámica del PMSSyR a partir del análisis de fuentes primarias y secundarias. Aquí se recupera la visión de decisores/as políticos/as y las voces de organizaciones de la sociedad civil que formaron parte de alguna de las etapas de la política en cuestión desde espacios organizados a través de la realización de entrevistas abiertas semiestructuradas.

En sus conclusiones, Compagnon (2023), destacó la relevancia de la Facultad de Ciencias Sociales que se constituyó en “un espacio que propició procesos de demanda y acción colectiva y adscripciones al feminismo desde una etapa en la que la identidad feminista no estaba tan extendida” (p.259), a su vez, se destacó al activismo local como motor del proceso analizado. Se entiende a este espacio como aquel en el que se adscriben los programas de extensión universitaria claves en el proceso de construcción del PMSSyR.

Por otro lado, Sampayo (2022) se propuso dar cuenta de las condiciones de acceso al sistema público de salud de Olavarría, a partir de la observación participante en tres talleres realizados en espacios comunitarios a cargo de Organizaciones de la Sociedad Civil locales y, de entrevistas a trabajadoras de dos Centros de Atención Primaria de la Salud -con cercanía a los Barrios en los que se realizaron los talleres- y entrevistas en profundidad a mujeres usuarias del sistema público de salud y militantes de distintas agrupaciones sociales del Partido de Olavarría. Esta concluye que, desde los sistemas de salud:

Se les dice cómo cuidar y disfrutar de la sexualidad, qué métodos anticonceptivos usar, y hasta se “asesora” en cuanto a la cantidad y espaciado de los hijos. Además, sólo apuntan a gestionar y proporcionar métodos anticonceptivos, pero no tienen en cuenta la pluralidad y diversidad

de las necesidades de las personas en cuanto a la anticoncepción y prevención de enfermedades (p.87).

Con esto, Sampayo (2022) busca dar cuenta del control que ejercen profesionales y equipos de salud sobre los cuidados de la salud y del cuerpo de las personas usuarias.

Con relación al segundo grupo, se recuperan investigaciones que, por un lado, profundizan en el análisis de las voces de las personas usuarias, como es el caso de Ramos Brum (2011) de Uruguay que, busca contribuir a la agenda de investigación en derechos, sexualidad, género y adolescencia, inscribiéndose en un estudio de tipo cualitativo a partir de fuentes primarias, en donde se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas a jóvenes y adolescentes de entre 12 y 18 años de edad, en tanto técnica de exploración a nivel individual de las perspectivas y significados sobre la temática.

A nivel nacional, por un lado, se recupera la investigación de Dapuez (2009) describe en primera instancia la situación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Villa los 40 Guasos de Córdoba (Argentina) y puntualiza en los condicionantes para la elección del Método Anticonceptivo como DSDR, a través de un recorte poblacional: mujeres en edad fértil de dicha localidad a través de un diseño exploratorio y descriptivo de carácter cualitativo.

Por otro lado, la investigación de Perrotta (2010) que, se propone identificar cómo los roles de género que la sociedad y la cultura asignan a las mujeres y a los varones, se transmiten de madres a hijas y generan condicionamientos en el ejercicio de la sexualidad y las posibilidades de los cuidados de salud y el propio cuerpo. Se utilizaron fuentes primarias, a partir de la realización de entrevistas a adolescentes embarazadas y/o madres recientes, entre 14 y 19 años y a sus madres. En sus hallazgos destaca que si bien, los discursos hacen hincapié en que el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos debería ser suficiente para evitar un embarazo, la realidad muestra que no son los únicos factores que los determinan.

Estas tres investigaciones coinciden en que existe un escaso conocimiento en torno al ejercicio de los derechos ciudadanos y de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la población (sobre todo de parte de poblaciones vulnerabilizadas), lo que se traduce en un condicionante para el libre ejercicio de los

derechos sexuales y reproductivos y, a su vez, Perrotta (2010) agrega que las circunstancias de vida y los roles y estereotipos asignados de manera binaria se constituyen en condicionantes de las vivencias y de las decisiones sobre la salud sexual lo que, sumado al escaso conocimiento sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos, provoca de manera frecuente embarazos no intencionales.

Por otro lado, quienes profundizan en el análisis de las voces de las personas que conforman los equipos de salud, como Petracci (2005) que, llevó adelante una investigación cualitativa para comprender lo que piensan profesionales y equipos de salud del sistema público de salud, acerca de la calidad percibida por las personas usuarias, en el que las personas entrevistadas (profesionales y equipos de salud). Estas coinciden en la evaluación de calidad de la atención a las personas usuarias ya que, ponen en valor la vocación en la práctica médica, el sistema público de salud como consecuencia de un Estado presente y la garantía de atenciones a las personas que presentan dificultades de accesibilidad; también coincidieron en el reconocimiento de los DSDR como derechos humanos pero, sobre todo enfocados en la prevención de enfermedades más que en la promoción de derechos.

Mientras que, a nivel local, se referencia a Contini (2022) que, se propuso indagar sobre los discursos que brinda el personal encargado de entregar métodos anticonceptivos en dos Centros de Atención Primaria de la Salud del Partido de Olavarría, a partir de un diagnóstico de situación en el que realizó entrevistas semiestructuradas a trabajadoras de la salud. Allí, se hizo evidencia la heterogeneidad en los modos de desarrollar las atenciones y actividades existentes en el área de Atención Primaria de la Salud local al concluir que existen “grandes diferencias a la hora de informar sobre MAC” (p.50) entre los/as profesionales y equipos que desarrollan sus prácticas en los diferentes Centros de Salud.

Es preciso hacer mención que a nivel local, se han llevado adelante otros estudios como el Informe de Situación, resultado del Diagnóstico Participativo realizado por equipos de extensión universitaria con efectores y efectoras de Salud (incluye a los Centros de Atención Primaria de la Salud -CAPS- y el Hospital Municipal Héctor Cura -HMHC-) y Desarrollo Social del Municipio de Olavarría, sobre el acceso a la SSyR. El mismo se realizó en 2015 con el objetivo de sistematizar aquellas problemáticas y obstáculos que efectores y efectoras identificaban en vinculación a la SSyR para luego generar propuestas de acción en torno a la efectiva creación del PMSSyR (Compagnon *et al.*, 2016).

A la vez que, se han escrito artículos como “La extensión universitaria en la implementación de una política pública local” publicado en la Revista Masquedós de la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires -UNICEN- (Tandil, Argentina), que da cuenta del recorrido de la extensión como una práctica integral que implica el trabajo conjunto con actores/actrices sociales a partir de las herramientas de las ciencias sociales y el rol de relevancia que ha desempeñado en cuanto a la gestación, diseño e implementación del PMSSyR en el Partido de Olavarría (Compagnon y Bórmida Carriquiri, 2020).

Hasta aquí, se recuperan algunos de los hallazgos que investigaciones previas han aportado y que se pondrán en diálogo con la presente investigación, que se vinculan con los condicionantes que limitan la garantía en el ejercicio libre de la sexualidad, la reproducción y la no reproducción sin discriminación, coerción o violencia.

En vinculación con las personas usuarias, los hallazgos más relevantes dan cuenta de la escasa información con la que cuentan las personas en torno al ejercicio de los derechos ciudadanos y de los DSDR, además de las relaciones de interseccionalidad existentes, por las que circunstancias de vida (sociales, culturales, etc.) y los roles y estereotipos de género asignados de manera binaria se constituyen en condicionantes de las vivencias y de las decisiones sobre la SSyR.

Mientras que, en vinculación con los equipos de salud, los hallazgos dan cuenta del control que ejercen profesionales y equipos sobre el cuidado de la salud y el cuerpo de las personas usuarias y las diferencias entre los/as profesionales y equipos que desarrollan sus prácticas en los diferentes Centros de Salud a la hora de informar sobre los DSDR y, específicamente, sobre MAC. Lo que, vincula estrechamente a la calidad en los sistemas de salud con el grado de involucramiento de los/as profesionales y equipos de salud con respecto a las trayectorias de las personas usuarias y los DSDR y, en la responsabilidad y compromiso personal en la incorporación de la perspectiva de género y el enfoque de derechos en las propias prácticas de salud.

Por otro lado, en vinculación a la gestión en salud, los hallazgos dan cuenta de la desjerarquización de los equipos de salud, las diferentes concepciones en disputa y en tensión respecto del rol social de las mujeres y de los roles y estereotipos de género. Además de, recuperar, la importancia en las interacciones entre los/as diversos/as actores/as y sectores que participan en los procesos de gestación, diseño e implementación de una política pública de DSDR ya que, se destaca que estos últimos fueron colocados en la agenda internacional y asumidos como compromisos de los Estados.

Estos antecedentes dan cuenta del amplio recorrido en el campo que se inserta esta investigación, señalando diferentes dimensiones y perspectivas que permiten revisar la implementación de las políticas públicas en materia de DSDR que servirán para iluminar el propio objeto de esta investigación.

2. Justificación del problema de investigación

La presente investigación pretende ser una contribución para el campo de la salud con el aporte de las ciencias sociales desde la perspectiva de género y el enfoque de derechos, con el propósito de generar aportes en el mejoramiento de la calidad en la atención de la salud y, sobre todo, en SSyR, a partir de la perspectiva de las personas usuarias en su tránsito por el sistema de salud, en una ciudad intermedia del centro de la provincia de Buenos Aires. Particularmente, recupera las voces de las personas usuarias que reconocen dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos y, que con posterioridad, accedieron a una Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo en el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva en los años 2021 y 2022.

Esto es relevante puesto que, recuperar estas voces, se reconoce como una herramienta valiosa para pensar en estrategias de mejora ya que, son quienes pueden dar cuenta de sus experiencias y dificultades en el pleno ejercicio de los DSDR al transitar los sistemas de salud.

La perspectiva de quienes conforman los equipos de salud e integran los sistemas de salud sobre el acceso a MAC, será motivo de otra investigación que permitirá dar continuidad a este trabajo y, así, convertirse en un insumo para el diseño de políticas públicas y contribuir en la elaboración de un modelo de atención integral y común para todo los equipos de salud del Partido de Olavarría.

El interés por conocer las dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos encontradas por las personas en el sistema de salud del Partido de Olavarría, desde la perspectiva de las personas usuarias que, con posterioridad, accedieron a una Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo en el período comprendido entre los años 2021 y 2022, situada en los acompañamientos realizados por el equipo del PMSSyR; parte, en primer lugar, de la identificación de ciertas dificultades de acceso a MAC en los datos solicitados en las consultas y sistematizados por el equipo del Programa.

En segundo lugar, comprende motivos de orden político-institucional en el campo de la salud pública: la desjerarquización de las áreas de género, particularmente de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) en los sistemas de salud; la predominancia del modelo de atención tradicional en salud; la deslegitimación de las profesiones vinculadas a las ciencias sociales en salud. En el caso específico del equipo del Programa, conformado por tres personas con formación en Género y DSDR, una de ellas proveniente del campo de la salud y las dos restantes del campo de las ciencias sociales.

En tercer lugar, desde el punto de vista teórico, a pesar de que existen otros estudios que investigan sobre los condicionantes en el acceso a los métodos anticonceptivos y al ejercicio libre de los DSDR, no se han encontrado estudios específicos que estén orientados a la revisión del modelo de atención en SSyR desde la perspectiva de las personas usuarias, sobre este recorte poblacional/temporal en particular y en una ciudad intermedia. Por lo que esta investigación pretende llenar ese vacío.

En cuarto lugar, la importancia del problema se justifica por el rol insoslayable de la extensión universitaria -como parte del movimiento de mujeres y LGBT+ anclado en la universidad pública- en el proceso de creación, implementación y monitoreo del PMSSyR. A partir de las acciones desarrolladas por los equipos extensionistas desde el año 2016, diversos sectores y movimientos sociales comienzan a organizarse con el fin de monitorear y articular acciones de cabildeo, lo que produce ciertos avances en la conformación del equipo del Programa y en la ampliación de las líneas de trabajo (Compagnon y Bórmida Carriquiri, 2020).

Por último, parte de un interés académico y compromiso político y social por los DSDR de parte de la autora de esta investigación quién, además, forma parte del equipo del Programa, su desempeño como extensionista al formar parte del

equipo del PPEM y por su activismo y militancia en organizaciones feministas locales desde hace más de 10 años.

En este punto, resulta pertinente la referencia al proyecto de ley que persigue derogar la Ley 27.610 (2020) de Interrupción Voluntaria del Embarazo, presentado en el Congreso de la Nación el pasado 5 de febrero de 2024 por parte de una legisladora del espacio político de La Libertad Avanza -espacio del actual gobierno de Argentina, desde el 10 de diciembre de 2023- (Carbajal, 2024). Cuando parece que los derechos fueron alcanzados y que se ha saldado una deuda desde la salud pública, la justicia social y los Derechos Humanos, aparece quién los vuelve a poner en tensión.

A pesar de que esta ley implica un avance en materia de Derechos Humanos (DDHH) para el Estado argentino y, derogarla, implicaría no cumplir con los principios de progresividad -que implica un avance gradual en la protección de los derechos reconocidos en los instrumentos internacionales de DDHH a los que adhiere el Estado y una vez alcanzados no retroceda- y de no regresión que limita al Estado a revocar derechos fundamentales alcanzados en el marco del art. 75, inciso 22 de la Constitución Nacional (Ley 24.430, 1994).

En este contexto en el que peligra una ley que garantiza el derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, resurge la importancia de este tipo de investigaciones que pretenden dar cuenta de las dificultades que atraviesan las personas usuarias en el sistema de salud en el acceso a los métodos anticonceptivos, en una ciudad intermedia de la provincia de Buenos Aires.

3. Marco teórico

En este apartado se presentan las teorías, conceptos y categorías que se consideran relevantes para el desarrollo de la presente investigación. En primer lugar, se desarrolla la perspectiva feminista y de género, en la que se apoya esta investigación para luego introducir la concepción de Estado y desarrollar la conceptualización del enfoque de derechos y las políticas públicas que dan cuenta de los marcos referenciales a los que se adscribe. Posteriormente, se realiza una conceptualización de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y No Reproductivos y de los modelos de atención en salud y en salud sexual y reproductiva.

Al partir de la perspectiva feminista, se asume la importancia de concebir al género como una construcción social que contribuye a las condiciones de desigualdad estructural existente y se acompaña la lucha de los feminismos en los procesos de exigibilidad de la institucionalización del género que insta al Estado a asumir el compromiso en pos de la transversalización de la perspectiva de género en toda la estructura del aparato político.

Tanto para la formulación, como para el desarrollo y análisis del objeto de esta investigación se concibe a la sexualidad desde una dimensión individual y social, como una experiencia histórica y singular caracterizada por la formación de saberes en torno a esta y la regulación de su práctica a través de los sistemas de poder, a la vez que, desde los modos en que los sujetos se reconocen como sexuales, deseantes y, particularmente en esta investigación, se enfatiza en el aspecto “no reproductivo” al dar visibilidad a los derechos en torno a la anticoncepción y al acceso al aborto.

En esta línea, se concibe al sistema de salud público, de carácter universal, como garante del derecho al acceso a la salud para todas las personas habitantes del país que, con el compromiso de implementar la atención de la SSyR desde una perspectiva integral en el marco del modelo de Consejería.

En esta investigación se adscribe al feminismo como movimiento social, como actor político y, desde el conjunto de saberes y teorías críticas como campo de producción de conocimiento en el desarrollo de las teorías feministas y los estudios de género (Castells, 1996).

En efecto, caracterizado por una heterogeneidad política, ideológica e identitaria, por tratarse de un pensamiento y una práctica plural, en el proceso de construcción de reivindicaciones, de demandas y de resistencias. Esta perspectiva feminista es asumida como un posicionamiento político, lo que implica una manera de entender a las problemáticas, atravesadas por las relaciones de poder existentes entre los géneros lo que resulta en subordinación, desigualdad y opresión de las mujeres y otras personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes. Recuperar los aportes de los feminismos al campo de las ciencias sociales remite a una historia de implicancias mutuas entre la academia y el activismo (Scott, 2002).

En este sentido, los aportes de Simone de Beauvoir (1949) son fundamentales en la visibilidad de las inequidades de género, parte de la comprensión del género como un conjunto de características y atribuciones que cada sociedad y cada cultura les asignan a los seres humanos en función de su sexo, que se transforman a lo largo del tiempo, al proponer la distinción de los conceptos de sexo y género. En ese marco, género se interrelaciona con otras dimensiones tales como sexualidad, clase, etnia, etc.

Desde este marco se considera que, los Estados son los responsables de desarrollar los avances legislativos y diseñar políticas públicas para eliminar la discriminación, como agentes fundamentales aunque no los únicos; a la vez, se les reconoce la obligación de establecer garantías jurídicas para el goce y ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres y LGBT+. Para ello, es preciso, establecer mecanismos de exigibilidad para ser utilizados en caso de su violación (Guzmán, 2003).

Si bien, puede decirse que el Estado es quién construye las relaciones de ciudadanía, constituyéndose en una parte fundamental, también puede decirse que las sociedades han luchado históricamente para limitar su poder y para conquistar los derechos de la ciudadanía, lo que implica asumir responsabilidades colectivas (Hipertexto PRIGEPP Democracia, 2021).

Para que haya derechos y obligaciones se necesita la institucionalidad estatal, a la vez que sujetos sociales de esos derechos y deberes. En este sentido, se reconoce que los Estados son instituciones, como formas organizativas que existen más allá de las personas que las integran, se diferencian de estas y están reguladas jurídicamente. Por ende, la ciudadanía existe como tal solamente en relación a esta institucionalidad, que le reconoce y garantiza sus derechos y se ocupa de generar las condiciones necesarias para que cumpla sus obligaciones (Guzmán y Montaña, 2012).

Se entiende que el Estado vigente no es una construcción acabada y que puede ser democratizado a través de una planificación de participación que apunte a una redistribución social del poder en el ámbito público y privado a pesar de presentar rasgos patriarcales, autoritarios y centralizados (Hipertexto PRIGEPP Democracia, 2021).

En este punto, es importante aclarar que los procesos políticos están vinculados al nivel de las condiciones de vida alcanzado por la ciudadanía en su

conjunto que, en la actualidad, están caracterizados por una mayor precarización, lo que evidencia limitaciones en la autonomía económica de las mujeres y LGBT+ que se encuentran tanto en el mercado como en la familia. La heterogeneidad estructural restringe la disponibilidad de trabajo registrado, mientras que la distribución desigual del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado y los obstáculos al ejercicio libre de los DSDR disminuyen su capacidad para aprovechar las oportunidades, así como también, la escasa presencia aún en el sistema político para la mayoría de ellas, más aún si estas son migrantes, afrodescendientes, con discapacidad, etc. (ONU Mujeres, 2017).

En este sentido y, en consonancia con el acuerdo arribado en el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001, “no hay plena ciudadanía para las mujeres del Continente en la medida en que no es efectiva para todas ellas” (Hipertexto PRIGEPP Democracia, 2021, 2.2).

A pesar de ciertos esfuerzos impulsados por las luchas sociales e históricas, el Estado produce y reproduce múltiples relaciones de poder desigual y discriminaciones, cuyo componente de género es uno de los más evidentes. Los movimientos de mujeres y LGBT+ han sido generadores y controladores de las propuestas de igualdad de género y se, destaca el actual avance en el reconocimiento de derechos a nivel latinoamericano y a su vez, se evidencian las contradicciones en cuanto al efectivo acceso a los derechos (Guzmán y Montaña, 2012).

Por ello, es necesario remarcar al Estado como el responsable de garantizar una vida libre de violencias a todas las personas que se encuentran en su territorio. Sin embargo, en línea con Carballada (2016) se requiere de la construcción de un enfoque común que ofrezca un marco de referencia dentro del cual es posible analizar una situación y actuar con un paradigma en común, en el que participen los diversos sectores de la sociedad para poder brindar respuestas integrales.

Como menciona Carballada (2016) transformar los espacios en pos de la equidad entre las personas, sin quitar las responsabilidades a quienes las tienen, es un compromiso que deben asumir todas las personas, organismos e instituciones en el desarrollo de sus actividades y sus relaciones interpersonales.

La incorporación del enfoque de derechos considera que el marco conceptual que brindan los derechos humanos como derechos legitimados por la comunidad internacional, ofrece un sistema coherente de principios y pautas

aplicables en las políticas de desarrollo. Este enfoque, se ratifica desde una perspectiva abarcativa e integral, como un conjunto de estándares y categorías que son fijadas por los tratados internacionales de Derechos Humanos, a través de los órganos de aplicación, y de la interpretación realizada de los mismos para el diseño de políticas públicas (Carballeda, 2016).

A propósito de Del Río Fortuna y Lavigne (2010), se entiende a las políticas públicas como las acciones, decisiones y omisiones por parte de los/as distintos/as actores/actrices involucrados/as en los asuntos públicos al tratar un problema o asunto de interés, lo que se constituye en una construcción social que resulta de relaciones de poder social e históricamente variables con prácticas y representaciones disímiles que participan de una trama de disputas y alianzas desde la que se definen perspectivas y estrategias.

En este sentido, se pone foco en aquellas políticas públicas que han sido enunciadas explícitamente con el fin de asegurar el bienestar, la seguridad, la autonomía y los derechos de las mujeres y LGBT+. Los aportes realizados por los estudios de género han logrado el reconocimiento de derechos a través del diseño de políticas públicas de acción positiva (Guzmán, 2011).

Para entender qué son y cuál es la necesidad de la implementación de este tipo de políticas de acción positiva, se retomará la definición que establece Roberto Saba (2004) sobre el principio de igualdad. Este explica que la igualdad como no discriminación está vinculada a la idea de razonabilidad, basada en el principio de no arbitrariedad, en dónde el Estado puede hacer un trato diferencial entre las personas, fundado en la funcionalidad o instrumentalidad para el fin que busca, a través de una legislación particular; por ejemplo, que el requisito para el acceso a la formación universitaria sea haber obtenido el título de educación secundaria.

Esta noción, es la más consolidada en materia de interpretación del principio de igualdad ante la ley, en las normas de nuestro país. Sin embargo, no parece ser una noción que permita dar soluciones a situaciones en las cuales la desigualdad es estructural. Es decir que, este principio no se garantiza a todas las personas por igual, al tener en cuenta la existencia de grupos desaventajados que han sido histórica y sistemáticamente excluidos de ámbitos relevantes para el desarrollo de su autonomía, encontrándose sometidos por amplios grupos de la sociedad, por lo que, el autor, plantea la idea de igualdad como no sometimiento, que implica una obligación del Estado, de poner en marcha políticas públicas destinadas a favorecer

y nivelar esas condiciones que colocan a algunos grupos en situación de sometimiento, conocidas como medidas o políticas de acción positiva o afirmativa (Saba, 2004).

Estas políticas obligan a los Estados a generar estrategias, a través de normas que favorezcan las oportunidades diferenciales, al brindar protección a determinados grupos desaventajados como lo son las mujeres, las personas con discapacidad, las personas pertenecientes a pueblos originarios, las personas LGBT+, entre otras; por ejemplo, el Decreto 721 (2020) de cupo laboral travesti trans, que establece el 1% de representación trans, travesti y transgénero en el sector público nacional (PMSSyR, 2020).

Según lo enuncia Guzmán (2011), existen distintos procesos que se conjugan permanentemente para profundizar el interés de los movimientos feministas en la acción del Estado y para ampliar su interlocución con sus distintas institucionalidades. En este marco, son menester los procesos de exigibilidad de la institucionalización del género ya que, además de avanzar en procesos legislativos que incorporen la igualdad, es menester que el Estado asuma el compromiso en pos de la transversalización de la perspectiva de género en toda la estructura del aparato político.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en el año 1997 definió el concepto de la siguiente manera:

Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2017, p.18).

En este sentido, los procesos de transversalización de esta perspectiva prestan atención a las cuestiones de género desde las etapas iniciales del proceso de toma de decisiones hasta la fase de implementación, apuntan a tener impactos en las metas, las estrategias y la distribución de recursos, en vistas a una transformación en la operacionalización de políticas y programas (Hipertexto PRIGEPP, Políticas, 2021, 4.2).

Estos procesos de transversalización, según la socióloga Rodríguez Gustá (2008), asumen la importancia de incorporar una visión de género en las políticas clave del Estado, a través de acciones orientadas a modificar los sesgos institucionalizados en el aparato estatal y, así, producir transformaciones en la lógica masculina generalizada ya que, culturalmente se ha edificado a partir de jerarquías de género. Por lo que, la transversalización de la perspectiva de género convoca al abordaje de las diferentes dimensiones tanto de los sujetos como de los derechos, en general y los DSDR, en particular.

Para conceptualizar sobre los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y No Reproductivos, se parte de la concepción de sexualidad de Foucault (1984) ya que la concibe como una experiencia histórica y singular caracterizada por la formación de saberes en torno a esta y la regulación de su práctica a través de los sistemas de poder a la vez que, los modos en que los sujetos se reconocen como sexuales, deseantes. De este modo, desarrolló uno de los análisis más importantes sobre la sexualidad que ha posibilitado promover la reflexión, al habilitar discusiones teóricas, epistemológicas y políticas a diferentes niveles.

Sobre la noción de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, tema sobre el cual existe un debate abierto en la actualidad; mientras que algunas posiciones consideran que, con la denominación general se alude a todas las dimensiones de la sexualidad, otras consideran relevante agregar el “no reproductivos” como modo de otorgarles jerarquía y resultar comunicables a la población destinataria. Un texto pionero en esta última dirección fue el de Josefina Brown (2008), quien explicita la referencia a tres aspectos concernientes a la sexualidad: aquellos eventos vinculados a la reproducción, a la anticoncepción y al acceso al aborto y a los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia.

Al ser reconocidos como DDHH los DSDR se han incorporado en la agenda internacional y, esto ha propiciado la asunción de compromisos por parte de los

Estados para garantizarlos y ganar así visibilidad y legitimidad y al reconfigurar el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas de los países (Ramos Brum, 2011). En este sentido, se identifican dos momentos que marcaron su reconocimiento como temas prioritarios a nivel internacional: la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014) y La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995 (ONU Mujeres, s/f).

Según Correa y Petchesky (1995) los DSDR son uno de los ejes fundamentales de construcción de ciudadanía y de profundización de la democracia. Tienen que ver con el poder que tiene cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre sus prácticas sexuales, fertilidad, capacidad reproductiva, cuidado y crianza de hijos e hijas, así como con garantizar los recursos para poder llevar adelante esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminación, ni violencia. Los derechos tienen una dimensión individual y una social; a nivel individual tiene que ver con que debe garantizarse la libertad de cada persona para poder decidir así como a nivel social se deben dar las condiciones para que esa libertad se respete.

Los cuerpos de las mujeres y LGBT+ son un lugar donde comienza la propia lucha política. Esta comprende la lucha por la autonomía, por la integridad y los DSDR, por el derecho al goce, a una maternidad segura y contra la violencia y la opresión sexual (PRIGEPP, 2002).

En este marco, las acciones por el libre acceso a los DSDR desde una perspectiva de justicia y equidad forman parte de la agenda feminista. Esto produce una expansión del debate como problemática de interés para el conjunto de personas integrantes de la sociedad (Guzmán, 2011).

El libre acceso a los DSDR tiene implicancias directas en los modos en que se organizan los sistemas de salud para dar garantía de los derechos vinculados al ejercicio libre de la sexualidad, la reproducción y la no reproducción sin discriminación, coerción o violencia por lo que, surge la necesidad de conocer y revisar los sistemas de salud y los modelos de atención en salud, específicamente la atención en salud sexual y reproductiva (DNSSyR, 2018).

En Argentina, el sistema de salud se encuentra segmentado a partir de tres aspectos. En primer lugar, el aspecto laboral, en el que cada persona accede a una cobertura de salud determinada por la condición laboral, por lo que se vincula a las

inequidades que reproduce el mercado de trabajo. En segundo lugar, el normativo, vinculado al marco legislativo que regula a los regímenes de cobertura y a sus autoridades de aplicación. En tercer lugar, el territorial, ligado a las desigualdades en el desarrollo económico que se reflejan en los sistemas sanitarios jurisdiccionales (Secretaría de Equidad en Salud [SES], 2023).

A su vez, el sistema de salud cuenta con tres subsistemas que coexisten en paralelo:

El sistema de salud público, de carácter universal, que garantiza el derecho al acceso a la salud para todas las personas habitantes del país; el sistema de seguridad social, que brinda cobertura a aquellas personas que tienen un empleo registrado, o a quienes se encuentran inscritas al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes; y el subsistema de salud privado, que ofrece cobertura voluntaria a aquellas personas que decidan pagarla, ya sea de manera directa o a través de derivación de aportes (SES, 2023, p.6).

A propósito de lo observado por Cetrángolo y Devoto (2002), las dificultades en materia de eficiencia y equidad en el sistema de salud, generó la implementación de políticas fragmentadas que profundizaron más la heterogeneidad y las iniquidades del mismo. En lo que refiere al sector privado, se presentaron obstáculos para establecer marcos regulatorios y de coordinación, en función del resto del sistema, a la vez que, se implementaron políticas orientadas a los otros componentes, que permitieron que, este sector “no asegura la mejor asignación de los recursos ni mejoras en la equidad” (p.19), en el marco de los procesos del mercado.

Por otro lado, se considera al modelo de atención como uno de los tres componentes de un sistema de salud en el marco de la Gestión de sistemas de Salud que concibe tres dimensiones: la primera de ellas es la económica a través del modelo de financiamiento; la segunda, es la política, a través del modelo de gestión y; la tercera es la dimensión técnica con el modelo de atención.

Si bien, se constituyen en un conjunto combinado e interseccionado para el interés de esta investigación se pondrá el foco en el modelo de atención que, por definición, refiere a la forma en que se organiza el trabajo de los equipos de salud

para dar respuesta a las necesidades y demandas de la población en lo vinculado al cuidado de su salud (Tobar, 2002).

Con relación a los cuidados de la SSyR, se ha avanzado en la conceptualización de un modelo de atención desde una perspectiva integral que prioriza el vínculo entre los equipos de salud y las personas usuarias, en el acompañamiento, la realización de actividades y/o el desarrollo y puesta en marcha de dispositivos asociados a los mismos (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSyR], 2018).

Este modelo de atención en salud se conoce como Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva (en adelante Consejería) y concibe a las personas como sujetos de derecho capaces de tomar sus propias decisiones, tanto del cuidado de su cuerpo como del ejercicio autónomo de su sexualidad y en relación con su libertad reproductiva.

Sin embargo, las prácticas que predominan en las instituciones de salud focalizan en el aspecto biológico y, suelen centrarse en el pensamiento clínico y en el uso de estrategias de control del cuidado de la salud de las personas usuarias a través de una segmentación en la atención así como en el abordaje de estas, enfocado en las necesidades más que en los derechos y con hegemonía de unas profesiones sobre otras (De Souza Campos, 1997).

Este modelo de atención tradicional posee conexión directa con el modelo médico hegemónico descrito por Menéndez (1988), caracterizado por la imposición de un conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas proveniente de los desarrollos de la medicina científica desde finales de siglo XVIII que ha logrado identificarse como la única forma de atender a la salud legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (p.2).

El modelo de atención tradicional espera que la persona usuaria se presente con una actitud pasiva, al cumplir o adherir a lo indicado. Se caracteriza por una noción de sexualidad inseparable de la reproducción como sinónimo de aparato reproductor femenino y su funcionamiento, fuertemente asociado al pensamiento binario y la heterosexualidad obligatoria (Tobar, 2002).

La conformación de equipos de salud interdisciplinarios puede favorecer a la generación de espacios que permitan la reflexión y la revisión de las propias prácticas en salud y puede aportar en la transición de un modelo de atención tradicional a un modelo de atención de consejería (DNSSyR, 2018).

Los espacios de consejería abren la posibilidad de atender al cuidado de cuestiones que exceden el marco de la enfermedad. En estos espacios, los equipos de salud se encuentran, en la mayoría de los casos, frente a personas que no acuden por una enfermedad, sino que necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo de la propia vida, como es la sexualidad (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, 2010).

Esto pone en juego, sus relaciones sexoafectivas y familiares, su proyecto de vida y el grado de autonomía para el ejercicio de sus DSDR en el marco de las relaciones de poder desiguales entre los géneros; e incluyen estructuralmente la subjetividad de la persona usuaria y el contexto social en que está inmersa, allí se ponen en valor sus saberes y creencias y se tienen en cuenta sus deseos, inquietudes y temores, puesto que “tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible” (DNSSyR, 2018, p.9).

Se concibe al modelo de Consejerías como un proceso en la atención que permite la construcción de relaciones de confianza entre la persona usuaria y los/as profesionales y/o equipos de salud, que requiere de ser pensado más allá de la propia consulta y atención en salud, para que favorezca la continuidad de los acompañamientos. Esta relación, logra constituirse a partir de la comunicación y el aprendizaje mutuo en la tarea de dar garantía a los DSDR y materializar las decisiones de las personas usuarias respecto a su SSyR (DNSSyR, 2018).

En estos espacios, las prácticas en salud deben estar enmarcadas por el enfoque de derechos y la perspectiva de género. Desde este lugar, se concibe la noción de género como una categoría relacional y de poder lo que, considera los

roles de género de las personas en el contexto social, político, cultural y económico en el que se desarrollan y cómo estos pueden influir o determinar el acceso a derechos y oportunidades. Por su parte, permite visibilizar la diversidad de violencias (simbólicas, psicológicas, físicas, sexuales, políticas, etc.) y la diversidad de personas que pueden vivenciarlas en el marco de las relaciones de género (Ley 26.485, 2010).

Este posicionamiento, significa orientar la consulta hacia el reconocimiento y ejercicio de los DSDR de las personas usuarias y constituye un pensamiento crítico capaz de cuestionar las propias prácticas y los conocimientos establecidos, a la vez que, convoca a modificar creencias, valores y principios y construir relaciones sociales más equitativas. En el trabajo de consejería se reconocen las relaciones asimétricas de poder y se explicita que, las discriminaciones, exclusiones y desigualdades sociales, económicas y políticas están naturalizadas y dejan en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres, las niñas y a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes (DNSSyR, 2018).

A modo de cierre del apartado, se explicita la posición de esta investigación, que considera al Estado como responsable de la aplicación de las políticas públicas en pos de la garantía de los derechos de la sociedad en su conjunto, en el marco de las acciones, decisiones y omisiones por parte de los/as distintos/as actores/actrices involucrados/as en los asuntos públicos, sobre todo de aquellas que han sido enunciadas explícitamente con el fin de asegurar el bienestar, la seguridad, la autonomía y los derechos de las mujeres y LGBT+. Al partir de este lugar y, sin quitar esta responsabilidad superior al Estado, se considera que transformar los espacios en pos de la equidad entre las personas es un compromiso que deben asumir todas las personas, organismos e instituciones en el desarrollo de sus actividades y sus relaciones interpersonales.

4. Objetivos e hipótesis

a. Objetivo General

Dar cuenta de las dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos que reconocen las personas usuarias en el sistema de salud del partido de Olavarría que, con posterioridad, en los años 2021 y 2022 accedieron a una Interrupción

Voluntaria/Legal del Embarazo (IVE/ILE) en el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva.

b. Objetivos específicos

1. Recuperar los datos contruidos en las consultas por solicitudes de IVE/ILE durante los años 2021 y 2022 y sistematizados por el equipo del PMSSyR.
2. Explorar las percepciones de las personas usuarias -de IVE/ILE durante los años 2021 y 2022 en el PMSSyR- sobre las dificultades que atraviesan para el acceso a métodos anticonceptivos en el sistema de salud a nivel local.
3. Determinar las dificultades enunciadas por las personas usuarias a la hora de acceder a métodos anticonceptivos en el sistema de salud a nivel local.
4. Revisar los conocimientos de las personas usuarias sobre los DSDR y las leyes que los protegen.

c. Hipótesis de la investigación

En el comienzo de la investigación se plantearon las siguientes anticipaciones hipotéticas:

Los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad, la reproducción y la no reproducción sin discriminación, coerción o violencia, se encuentran limitados en su garantía puesto que, ciertas prácticas en salud reproducen un modelo de atención restrictivo que no concibe a las personas usuarias como sujetos de derechos.

Las diversas prácticas presentes en profesionales y equipos de salud, dan cuenta de la falta de un modelo de atención integral y común para todo los equipos de salud del Partido de Olavarría -centrado en las personas como sujetos de derechos desde la salud integral que incorpore la perspectiva de género de manera transversal-. Esto genera dificultades en la garantía de igualdad y autonomía en el ejercicio de los DSDR para la libre elección del método anticonceptivo por parte de

las personas usuarias en el Partido de Olavarría según lo reconocen las personas acompañadas en Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo (IVE/ILE) por el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva del Partido de Olavarría, provincia de Buenos Aires-Argentina, en el período correspondiente a los años 2021 y 2022.

5. Marco metodológico

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó una metodología cualitativa, entendida como un proceso de construcción colectiva del conocimiento entre las diversas personas y/o sectores que participan y aporten sus perspectivas sobre la temática de estudio al centrar la comprensión de los fenómenos desde sus vivencias, experiencias, interpretaciones y significados que les otorgan (Hernández Sampieri, et al., 2000), a partir de datos primarios y secundarios ya que, habilita el estudio y la construcción de datos desde una gran cantidad de materiales, técnicas y herramientas para analizar, significar y/o resignificar los fenómenos.

Desde este enfoque se considera que, la realidad y el conocimiento sobre la misma es aprehendida de manera individual y colectiva a través de la reflexión sobre la acción de las personas y comunidades (Rodríguez Gómez, et al., 1999).

En este punto, es importante hacer referencia al lugar que ocupa quien investiga y la implicancia en el campo por ser mujer, feminista, activista y militante por, los derechos de las mujeres y LGBT+ en organizaciones feministas locales, formar parte del equipo del Programa -desde el mes de junio del año 2019 en adelante- y su desempeño como extensionista⁴ por lo que, se parte de un interés académico y compromiso personal, social y político por los DSDR por más de 10 años.

El trabajo de campo se inició con una primera etapa de revisión de fuentes secundarias que incluyó materiales bibliográficos académicos, documentos e informes públicos e instrumentos normativos necesarios para dar cuenta de la construcción del objeto de estudio y dar cuenta del avance en el reconocimiento de los DSDR a nivel internacional, nacional y local, para luego explorar los datos solicitados en las consultas de IVE/ILE del período comprendido entre los años 2021 y 2022 que fueron sistematizados por el equipo del PMSSyR. Con relación a las

⁴ Como integrante del Programa Permanente de Estudios de la Mujer de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

fuentes primarias, se realizaron encuestas y entrevistas en profundidad a personas usuarias que refirieron dificultades de acceso a MAC en dichas consultas.

El cuestionario estuvo organizado con distintos tipos de preguntas: de control, de filtro, cerradas con alternativas ordenadas y abiertas con el objetivo de recuperar información general sobre cobertura de salud de las personas, los lugares más frecuentes de atención y de acceso a MAC y los métodos de elección, para luego profundizar sobre la percepción de la libre elección de estos, las dificultades con las que se encuentran las personas a la hora de acceder a un método y sobre las cuestiones que se requieren, según sus opiniones, para los procesos de mejora en la atención en el sistema de salud (Meneses y Rodríguez-Gómez, 2011).

Esta técnica es frecuentemente utilizada en el ámbito sanitario “como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz” (Casas Anguita, et al., 2003, p.527).

Luego, se propuso la realización de entrevistas en profundidad, semiestructuradas, “de modo que la persona entrevistada disponga de más libertad en sus respuestas” (Meneses y Rodríguez-Gómez, 2011, p.44).

La selección de la entrevista en profundidad, como técnica para la construcción de datos utilizados para el análisis, se vincula a las posibilidades que ofrece para la conformación de un espacio de diálogo con actores y actrices claves, que permite a las personas hablar tranquilamente sobre lo que saben y necesitan comunicar, además de brindar la posibilidad de explicitar detalles sin restricciones. Esta construcción incluye, no sólo los discursos de la persona entrevistada sino que, también recupera las intervenciones de la persona que la realiza (Rodríguez Gómez, et al., 1999).

A partir de la revisión de documentos públicos, los registros del Programa y la perspectiva de las personas usuarias se busca dar cuenta de las dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos reconocidas por las personas usuarias que, con posterioridad, accedieron a una Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo, situada en los acompañamientos realizados por el equipo del PMSSyR. Para esto, no se recupera la perspectiva de los equipos de salud, ni de las personas decisoras políticas y de gestión en salud, lo que podrá constituirse en motivo de otra investigación y dar continuidad a este proceso de investigación.

Para el análisis, se comenzó por los datos construidos en las consultas de IVE/ILE que fueron sistematizados por el equipo del Programa en el ámbito de una política de DSDR en el Partido de Olavarría; a la vez que, se revisaron los registros y documentación pública del PMSSyR, así como los informes semestrales y anuales y las presentaciones anuales de los datos de acompañamientos de IVE/ILE (Hipertexto PRIGEPP Taller de Tesis, 2022).

Durante los años 2021 y 2022 el PMSSYR del partido de Olavarría (Argentina) acompañó a 525 personas en el acceso a IVE/ILE, de las cuales 80 refirieron haberse encontrado con dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos.

Si bien las personas que reconocieron alguna situación que puede configurarse en un obstáculo para el acceso a MAC constituyen el 15,2%, lo que puede significar un porcentaje menor. Es importante considerar que esto, puede deberse a múltiples factores.

Por un lado, los modos de organización y atención en el sistema de salud tienden a focalizarse en el aspecto biológico y el control de los cuidados de la salud de las personas usuarias y, habitualmente, estas últimas no cuestionan dichas prácticas ya que, pueden entender que esos son los procesos habituales de atención y, de esta manera, naturalizarlos a pesar de generar dificultades en el acceso a derechos.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que, en el momento de la consulta por interrupción, la persona atraviesa otras incertidumbres, miedos y preocupaciones (por el trato que va a recibir, si va a ser juzgada por el equipo del Programa que lleva adelante la atención, miedos en cuanto a los procedimientos y los riesgos, dudas sobre las decisiones, etc.) y, puede que no se sienta cómoda para comentar alguna situación que haya vivenciado en el sistema de salud, o por tratarse de una situación íntima y privada que no esté dispuesta a compartir y/o por no querer demorarse más tiempo en la consulta, etc.

Una vez identificadas las personas que reconocieron haber vivenciado dificultades para el acceso a métodos anticonceptivos, se elaboró una encuesta que fue enviada a cada una de las personas⁵, mientras que, se informó que la misma se

⁵ El equipo del Programa realiza seguimientos telefónicos a las personas que realizan consultas en el espacio por lo que, se está en contacto permanente con las personas usuarias y se llega a construir un vínculo de relativa cercanía y confianza (ver apartado [2.2](#)).

realizaba en el marco de una investigación y que su participación significaba una valiosa contribución para pensar en los procesos de mejora en la atención de los servicios de salud pública a nivel local, se aclaró que no requería de la exposición de sus datos personales y que, los elementos allí elaborados, serían confidenciales en el marco de la Ley 25.326 (2000) de Protección de datos personales, según la cual se deben respetar los datos personales y datos sensibles.

Del total de 80 personas identificadas, se recibieron 47 respuestas en el cuestionario. Es preciso aclarar que, de las 33 personas restantes: 12 no tenían teléfono al momento de la consulta por IVE/ILE en el Programa y el seguimiento se realizó a través de un contacto de una persona allegada (por lo que, no se envió a estas personas el formulario, ya que se desconoce la continuidad del vínculo con esa persona allegada); 10 personas pudieron haber cambiado de número ya que, los mensajes figuraban como no recibidos; 4 personas comentaron que habían transitado la situación de interrupción con mucha angustia y no querían remover recuerdos y sentimientos de ese momento por lo que, prefirieron no responder; 4 fueron personas con más de una interrupción en dicho período por lo que, en el recuento fueron contabilizadas más de una vez, en función de cada solicitud de IVE/ILE.

Completaron la encuesta el 59% de las personas. Es preciso mencionar, la buena predisposición de las personas usuarias al momento del contacto telefónico para solicitar el completado de la encuesta; algunos de los mensajes recibidos, luego de agradecer por completarla, fueron: “Gracias a vos...siempre agradecida por lo que hacen”; “Gracias a vos por toda la ayuda que me diste en su momento”; “estoy más que agradecida con ustedes”; “Solo tengo palabras de agradecimiento. Las encontré cuándo más lo necesite...”; entre muchos otros.

Se exponen estos mensajes, con la finalidad de dar cuenta de la relación de relativa cercanía y confianza con las personas usuarias basada en el marco de la garantía de derechos ya que, en las atenciones realizadas, en el marco del PMSSyR, se lleva adelante una atención individualizada y un seguimiento telefónico personalizado durante el tiempo que requiere el acompañamiento de IVE/ILE hasta el control post y la garantía de un método anticonceptivo de elección de la persona usuaria. El modelo de Consejerías concibe a la atención en SSyR como un proceso que permite la construcción de relaciones de confianza entre la persona usuaria y profesionales y/o equipos de salud a partir de la habilitación de espacios de escucha

activa en donde se contribuye a la comunicación y al aprendizaje mutuo (DNSSyR, 2018). Esto permitió que las personas sientan la confianza de participar al completar las encuestas y, posteriormente, coordinar encuentros para la realización de las entrevistas.

A continuación, se entrevistó a 5 personas que confirmaron su participación en la encuesta y, según la información en los registros, en las atenciones del PMSSyR. Al estar identificadas, se coordinó las entrevistas con 5 personas que se contactaron telefónicamente, para consultar sobre alguna cuestión del Programa. Por lo que, se aprovechó dicho momento para consultar sobre la posibilidad de realizar una entrevista, a lo que respondieron afirmativamente. 3 de ellas, se acercaron al espacio del Programa, debido a la consulta sobre SSyR que habían realizado y, se coordinó la realización de la entrevista en ese momento, de manera presencial; con las 2 restantes se coordinaron encuentros virtuales para la realización de las entrevistas a través de Google Meet.

Las personas entrevistadas aparecen con nombres ficticios, con el objetivo de preservar su identidad. Esta decisión responde a los acuerdos arribados en los encuentros y, se solicitó la firma de un consentimiento informado previamente acordado con el Comité de Docencia e Investigación del HMHC de la Subsecretaría de Dirección Médica del Consejo Administrativo de Salud de la Municipalidad de Olavarría⁶.

La relación de relativa cercanía y confianza con las personas entrevistadas permitió que la comunicación telefónica para el completado de la encuesta, se tradujera en un intercambio ameno que propició la posibilidad de coordinar, con posterioridad, encuentros para la realización de las entrevistas y que, estas se desarrollaran, en ambientes relajados y de extensa duración.

En los casos en que se concretaron las entrevistas, hubo una total predisposición por parte de las personas y, en todos los casos, quedó explícita la posibilidad de concretar futuros encuentros.

Las entrevistas estuvieron organizadas en 4 ejes; se partió de cuestiones más generales a cuestiones más específicas con el objetivo de que la persona

⁶ A partir del mes de diciembre de 2023, se reconfiguró el Sistema de salud público local; dejó de contar con secretaría de salud y se conformó el Consejo Administrativo de Salud dependiente del Municipio de Olavarría y conformado por las siguientes Subsecretarías: de Dirección Médica, de Atención Primaria de la Salud, de Administración, de Recursos Humanos y Planificación <https://www.olavarría.gov.ar/wesner-para-nosotros-la-salud-es-lo-primero/>.

pueda ingresar en el tema y pueda sentirse con la comodidad de comentar las cuestiones que considerase importantes (Meneses y Rodríguez-Gómez, 2011).

El primer eje, atención en salud, se propone recuperar las experiencias de las personas entrevistadas en el sistema de salud, tanto del sistema público como el sistema de seguridad social y el subsistema privado; el segundo, conocimientos sobre Derechos Sexuales y Derechos reproductivos y no reproductivos, se propone recuperar los conocimientos de las personas entrevistadas sobre esos derechos y las leyes que los protegen; el tercer eje, autonomía en la elección del MAC, se propone recuperar la percepción de las personas entrevistadas con respecto a la libre elección de los MAC y las dificultades que han tenido y/o tienen las personas en el acceso a estos, en el sistema de salud y; el cuarto eje, percepciones sobre los procesos de mejora en la atención, se propone recuperar las voces de las personas entrevistadas, como una herramienta valiosa que permitirá pensar en estrategias de mejora.

Las preguntas elaboradas, tanto para la encuesta como para las entrevistas en profundidad se diseñaron en línea con los objetivos y con las anticipaciones hipotéticas de esta investigación que, luego sistematizó, combinó y analizó la información obtenida en las mismas junto con la exploración de las fuentes secundarias en los registros de las consultas y los documentos públicos del PMSSyR.

En suma, en esta investigación se desarrolló una metodología cualitativa con la utilización de fuentes primarias y secundarias. Se inició con la revisión de fuentes secundarias que incluyó materiales bibliográficos académicos, documentos e informes públicos e instrumentos normativos para dar cuenta del avance en el reconocimiento de los DSDR a nivel internacional, nacional y local. Luego, se exploraron los datos solicitados en las consultas de IVE/ILE del período comprendido entre los años 2021 y 2022 por el equipo del PMSSyR y, finalmente, con relación a las fuentes primarias, se realizaron encuestas y entrevistas en profundidad a personas usuarias que refirieron dificultades de acceso a MAC en dichas consultas.

En el siguiente capítulo se presentan los procesos de institucionalización de los DSDR, tanto a nivel nacional como a nivel local necesarios para la construcción del objeto de estudio de la presente investigación.

CAPÍTULO 2

Proceso de Institucionalización de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y no Reproductivos en Argentina

En este capítulo, se realiza un recorrido por los procesos de institucionalización de los DSDR a nivel nacional y local. Se parte por señalar los avances legislativos en materia de derechos y los procesos de gestación, diseño e implementación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva. Por otra parte, se recupera la implicancia y el rol activo de los feminismos en la gestación de estos procesos, así como en la garantía de los DSDR y las luchas históricas que los alcanzaron.

Posteriormente, a nivel local, se presenta el proceso de gestación, diseño e implementación del Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva, la conformación de su equipo y el circuito de atención de IVE/ILE.

En este, se destaca la implicancia de los equipos de extensión universitaria - como parte del movimiento de mujeres y LGBT+ anclado en la universidad pública - a los que, más tarde, se les sumaron diversas organizaciones de la sociedad civil locales para acompañar los avances en la institucionalización de esta política y los procesos de exigibilidad al Estado para incorporar no sólo la igualdad de género a las políticas públicas sino que además, organice su estructura en torno al principio de igualdad y autonomía de las mujeres y otras personas con orientaciones sexuales e identidades de género disidentes (Hipertexto PRIGEPP, Políticas, 2021, 4.2).

1. Contexto normativo y programas de Salud Sexual y Reproductiva

Para la reconstrucción narrativa del proceso de institucionalización y del avance normativo se recupera el modelo de Nancy Fraser (1995) quien señala que las políticas públicas pueden tener dos tipos de objetivos: por un lado, de afirmación que están dirigidas a corregir situaciones de inequidad, pero sin modificaciones de fondo que permitan respuestas integrales de transformación social, tales como las Leyes de cupo femenino y de paridad de género y; por otro lado, las políticas que tienen como objetivo la transformación, que consisten en reestructurar los marcos que originan las inequidades.

Este modelo sirve para entender los procesos de institucionalización del género como políticas que tienen como objetivo la transformación. Desde este marco, se busca dar cuenta del recorrido de las políticas en SSyR a nivel nacional y a nivel local que buscan respuestas integrales de transformación.

En 1985, mediante la ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Estado argentino reconoció los DSDR como derechos humanos, y en la reforma constitucional del año 1994 incorpora los instrumentos internacionales de Derechos Humanos (Tratados, Convenciones, Declaraciones) otorgándoles jerarquía constitucional, a través de su artículo 75 inciso 22 (Ley 24.430, 1994).

En Argentina se han logrado importantes avances legislativos vinculados a los DSDR -en el marco de las políticas que tienen como objetivo la transformación-, desde la Ley 25.673 (2002) de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable hasta las Leyes 27.610 (2020) de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la Ley 27.611 (2020) de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia y la Ley 27.675 (2022) de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis. Esta legislación, resultado de las luchas y resistencias por parte de los feminismos y LGBTQ+, ha significado una transformación en las libertades de los cuerpos de las mujeres, niñas y personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes, lo que abre la posibilidad al reconocimiento de la autonomía, la integridad, el disfrute y el derecho al goce, a una maternidad segura, contra la violencia y la opresión sexual (Harcourt y Escobar, 2002).

En el mes de octubre del año 2002, mediante la Ley 25.673, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) para ser ejecutado por las provincias y municipios de todo el territorio, con el propósito de garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población y disminuir las desigualdades que afectan la salud sexual y la salud reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género.

El PNSSyPR se puso en marcha mediante el Decreto 1282 (2003) para todo el territorio nacional con el objetivo de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, libre de discriminación, coacción o violencia.

Desde sus inicios hasta el año 2006, el PNSSyPR, estuvo ubicado en el marco de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la

Nación. Allí se iniciaron las primeras compras de métodos anticonceptivos con el objetivo de acercar a la población y garantizar su acceso.

Luego, entre los años 2006 y 2010, se llevó adelante una etapa de institucionalización, en donde adquirió autonomía administrativa y financiera, dentro de la Secretaría de Programas Sanitarios. En esta etapa se incorporó una nueva perspectiva en el desarrollo de políticas de salud sexual y salud reproductiva orientada al reconocimiento de las mujeres como sujetos de derecho, más allá de su rol reproductivo. En este período, se gestiona la adquisición y distribución a nivel nacional de insumos anticonceptivos que se incluyen en el Programa Médico Obligatorio -PMO- (Resolución 201, 2002). Se organizó el Sistema de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos con provisión de métodos como anticonceptivos hormonales orales, inyectables, anticonceptivos orales hormonales para uso durante la lactancia (mini píldora), Dispositivo Intrauterino (DIU), en el que se incluyeron preservativos y más tarde la Anticoncepción Hormonal de Emergencia -AHE- (Cattaneo y Suárez, 2017).

En el año 2006, se sanciona la Ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica que garantiza el acceso a la ligadura tubaria y a la vasectomía como un derecho de toda persona mayor de edad a elegir un método de anticoncepción definitivo en los servicios del sistema de salud.

Durante los años 2010 y 2014 se desarrolló una etapa de consolidación del Programa Nacional, al fortalecer su capacidad de gestión y ampliar la provisión de insumos y acompañar la implementación a niveles provinciales y municipales. En el año 2011, se incorporó a la canasta de insumos de SSyR el test rápido de embarazo, que permite el diagnóstico temprano para que las personas puedan acceder a la atención de salud de manera inmediata, ya sea para iniciar el control prenatal o recibir asesoramiento y acompañamiento en los casos encuadrados en ILE, como también, en la estrategia de reducción de riesgos y daños. Más tarde, se incorporó el anticonceptivo hormonal inyectable trimestral, los anticonceptivos orales con desogestrel, el Implante Subdérmico (ISD) y el Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel (SIU - DIU LNG).

También, se elaboraron protocolos de atención integral tendientes a fortalecer a los equipos de salud y mejorar la calidad en la atención a la población, al incorporar líneas estratégicas de acción destinadas a la diversidad sexual y a las personas con discapacidad. Al mismo tiempo, se implementan actividades de

capacitación y actualización destinadas a los equipos de salud, orientadas a fortalecer y mejorar el acceso a una atención en salud sexual y salud reproductiva de calidad. A esto, se le suma el desarrollo de una estrategia comunicacional con el objetivo de visibilizar los DSDR a través de materiales para la difusión y se crea la línea 0800 salud sexual que brinda atención personalizada a la población en general, al informar y orientar a las personas para el acceso a los servicios de SSyR en todo el país (Cattaneo y Suárez, 2017).

Finalmente, desde el año 2015 hasta la actualidad, se desarrolló una etapa de integración y diversificación caracterizada por la ampliación de derechos, que acompañó la reglamentación e implementación de la Ley de Identidad de Género (Ley 26.743, 2012) y de Reproducción Asistida (Ley 26.862, 2013).

El año 2015, con la modificación del Código Civil y Comercial (CCyC) de la Nación (Ley 26.994, 2015) implicó un gran avance en materia de autonomía de las personas. En este marco, el PNSSyPR convocó a especialistas y expertos/as para la conformación de una mesa de trabajo que tuvo como resultado la elaboración de un Documento conjunto de acuerdos: “nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos y Reproductivos”, que fue aprobado por el Ministerio de Salud mediante Resolución 65 (2015).

En este documento, se esclarece la modificación tácita a la ley 25.673 a raíz de la entrada en vigencia en agosto de 2015 del CCyC. Los puntos principales se relacionan con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de Niños, Niñas y Adolescentes y las personas con discapacidad, en el contexto de haberse constitucionalizado la legislación civil en su totalidad (Cattaneo y Suárez, 2017, p.3).

En el año 2019, a través de la Resolución 2922, se incluye en el PMO el Implante Subdérmico y el Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel con recomendación de uso, así como la colocación y su extracción.

Por su parte, la aprobación de la Ley 27.610 (2020) significó un acontecimiento de gran relevancia desarrollado por el Estado argentino. Esta ley garantiza el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo bajo un modelo mixto de plazo y causales -hasta la semana 14 y 6 días de manera voluntaria y,

luego de la semana 15, mediante un sistema de causales- y a la atención postaborto en los servicios del sistema de salud a todas las personas con capacidad de gestar.

En función del recorrido histórico de este derecho en Argentina, articulado y recuperado por la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, impulsada desde diversos grupos feministas, cuyo lema “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir” se convirtió en un grito de lucha que, en el año 2006 elaboró colectivamente el Proyecto de Ley de IVE, presentado por primera vez en el Congreso de la Nación en el año 2007 y se llegó a un total 8 presentaciones.

En este sentido, lentamente, se fueron escuchando y tomando en cuenta estas demandas, para transformarlas en políticas públicas: en los años 2007 y 2010 se establecieron las Guías técnicas de los Abortos No Punibles con base en el Art. 86 del Código Penal Argentino (Ley 11.179, 1921), en el año 2012 el fallo F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012), en los años 2015 y 2019 los Protocolos de Interrupción Legal del Embarazo, en el año 2020 la aprobación de la Ley de IVE y, finalmente, en el año 2021 el Protocolo IVE/ILE que fue actualizado al año siguiente (DNSSyR, 2022).

Esta Ley se acompañó por el “Plan de los Mil Días” (Ley 27.611, 2020) lo que brinda un abordaje con mayor integralidad en el acompañamiento de mujeres y personas con capacidad de gestar.

A nivel provincial la Constitución de la Provincia de Buenos Aires (Ley s/n, 1994) garantiza el acceso a la salud en el art. 36, inciso 8 junto con otras leyes provinciales que regulan diversos aspectos en relación con este derecho. A su vez, se han sancionado numerosas leyes vinculadas a la salud sexual y reproductiva. Es el caso de la Ley 13.066 (2003) que creó el Programa Provincial destinado a garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Cuyo objetivo es garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y procreación responsable de toda la población, sin discriminación alguna.

Durante el año 2007, mediante el Decreto 4.559, se incorporaron los modelos de consentimiento informado para los métodos de anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompas de Falopio y vasectomía). Y, en el año 2012 se aprobó el

Protocolo de Atención Integral de Abortos No Punibles de la provincia de Buenos Aires.

Es preciso mencionar que, en el contexto de la pandemia por el COVID-19 se produjo un avance en el reconocimiento y jerarquización de los DSDR ya que, la DNSSyR junto al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021) emitieron comunicados y recomendaciones para garantizar el acceso a las prestaciones en SSyR, estableciéndose como servicios de emergencia y esenciales de salud. Respecto a la dación de métodos anticonceptivos orales se compartió una serie de recomendaciones para asegurar su acceso a la población en general y, particularmente en el contexto de pandemia por el COVID-19, que sugerían la entrega de varias cajas (al menos 3), para evitar, por un lado, la circulación de las personas y, por otro, la suspensión del método. En el mismo sentido, se puso el énfasis en la entrega de una dosis de AHE, junto a la explicación de su uso adecuado, sumada a la entrega de anticonceptivos orales y preservativos.

A pesar de estas recomendaciones que otorgaron visibilidad y reconocimiento a los servicios de SSyR, este contexto de pandemia, presentó dificultades en el acceso a los DSDR. Por un lado, con relación a los métodos anticonceptivos, además de dificultades en el abastecimiento y provisión en el sistema público de salud, también hubo dificultades para adquirir los anticonceptivos con recursos propios en farmacias, debido al freno en los circuitos de producción y de compra-venta de algunos insumos como preservativos, Implantes subdérmicos, inyecciones mensuales y trimestrales, etc. (Fondo de Población de las Naciones Unidas [FPNU], 2020).

En relación con, los datos del FPNU (2020), un 65% de las mujeres discontinuarían el uso de los métodos anticonceptivos afectadas por una retracción de los ingresos familiares, mientras que un 35% lo haría por dificultades de abastecimiento y provisión en los servicios públicos de salud, así como por discontinuidad de los servicios y/o por una disminución en la demanda vinculada al temor al contagio.

Esto significó el agotamiento del personal de salud, en el artículo, “La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe”, se da cuenta de la presión que recayó sobre el sistema de salud que, afectó especialmente a las mujeres ya que, estas representan el 72,8% del total de las personas ocupadas en este sector. Las mujeres no dejan de tener a su cargo, en

el hogar, personas que necesitan cuidados por lo que, deben asistir a sus trabajos con esta responsabilidad, lo que las somete a sobrecargas de trabajo y un mayor nivel de estrés durante estos contextos⁷ (CEPAL, 2020).

En este marco, los avances legislativos vinculados a los DSDR en Argentina se han enmarcado de las políticas públicas que tienen como objetivo respuestas integrales de transformación (Fraser, 1995). Estos avances, han sido el resultado de las luchas y resistencias por parte de los feminismos y LGBTQ+ y han significado una transformación en las libertades de los cuerpos de las mujeres, niñas y personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes.

2. Implicancias y rol activo de los feminismos en la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos y no reproductivos

En un principio, se destaca el rol activo de los feminismos y sus implicancias en la garantía de los DSDR que están directamente relacionadas con los procesos de institucionalización.

Por ello, es preciso mencionar que el reconocimiento de los DSDR no puede producirse sin la participación de las mujeres y LGBTQ+, ya que son quienes pueden identificar problemáticas vinculadas a las dificultades y barreras de acceso, a la vez que producir conocimiento en función de necesidades específicas históricamente relegadas por los espacios de dominación masculina; tanto las mujeres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes, producto de su condición de opresión histórica, pueden visibilizar las barreras de género existentes en el acceso a derechos, a la vez que identificar la necesidad de reconocimiento de los mismos por parte del Estado, que el varón desde su lugar de privilegio no podría.

El movimiento feminista se caracteriza por ser un amplio y creciente corpus de conocimientos multidisciplinarios y, a su vez, por ser diverso en sus premisas y enfoques. La teoría feminista es un recorrido inacabado, plural y en constante desarrollo (Hipertexto PRIGEPP Globalización, 2021). Si bien estos distintos recorridos encuentran algunos puntos en común, lo que hace único al movimiento,

⁷ Se considera pertinente la referencia a este contexto puesto que, la presente investigación realiza el recorte poblacional y temporal, a las personas que accedieron a una Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo (IVE/ILE) en el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva en los años 2021 y 2022, años en que la sociedad y los Sistemas de salud estuvieron atravesados por la pandemia.

son sus tensiones y debates que demuestran la vivacidad intelectual y política que lo caracteriza.

Históricamente los movimientos de mujeres han conseguido organizarse frente a las políticas patriarcales de opresión y subordinación; las luchas y resistencias de los feminismos frente a los avances de las políticas neoliberales han significado una mayor visibilidad social y cultural de los derechos de las mujeres e identidades de género y orientaciones sexuales disidentes, además de un reconocimiento político.

En este sentido, se pone en valor la puesta en agenda del debate por el aborto seguro, legal y gratuito por parte de los movimientos de mujeres y de la diversidad. Estas luchas, han sido reconocidas por el Estado y se ha avanzado hacia la garantía de estos derechos; en este sentido, Vargas (2021), referencia el rol de los feminismos y, dice que, el feminismo, como sujeto político plural, logró leyes y reconocimiento de derechos, a la vez que empujó al Estado para poner en agenda, discutir y legislar cuestiones vinculadas a los DSDR.

En Argentina, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, Seguro y Gratuito tiene sus inicios por los años 2003 y 2004 -en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres (ENM) realizado en Rosario y en el XIX ENM desarrollado en Mendoza respectivamente-; esta constituye una diversa alianza de más de 700 organizaciones políticas, sociales, feministas, de mujeres, LGBT+, sindicales, académicas, estudiantiles unidas de manera transversal y federal.

Por consiguiente fue presentada el 28 de mayo del año 2005, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres; desde entonces coordina, en todo el país, actividades bajo la consigna: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”.

En el año 2006, durante una plenaria nacional realizada en la ciudad de Rosario se elaboró el Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en donde quedó plasmada la necesidad de legalizar y despenalizar el aborto como una cuestión de salud pública, de justicia social y de derechos humanos de las mujeres (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, 2021)

La Campaña presentó ocho veces proyectos de IVE al Congreso. El primero fue presentado el 28 de mayo de 2007 y perdió estado parlamentario al año siguiente y en otras cinco oportunidades perdió estado parlamentario por no ser tratado en comisiones. Sin embargo, en el año 2018, el proyecto fue tratado y

aprobado por la Cámara de Diputados y Diputadas de la Nación pero, finalmente fue rechazado el 8 de agosto por el Senado de la Nación. De igual manera, en el año 2019, la Campaña insistió al volver a presentar por octava vez un proyecto de ley de IVE, que tomó estado parlamentario en el año 2020. El Congreso de la Nación argentina sancionó el 30 de diciembre del año 2020 la Ley 27.610 (2020) sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, se publicó en el Boletín Oficial el 15 de enero de 2021 y entró en vigencia para todo el país el 24 de ese mismo mes.

El correlato local de los avances y presiones de los movimientos a nivel nacional, tiene un derrotero propio en los procesos de gestación, diseño e implementación de una política pública local en el marco del sistema público de salud del Partido de Olavarría como efectivización de los DSDR ya reconocidos por el marco normativo a nivel nacional y provincial (Compagnon, 2023).

El partido de Olavarría está ubicado en el centro de la provincia de Buenos Aires (Argentina), con un total de 125.751 habitantes según el censo del año 2022 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023); cuenta con una superficie de 7.715 km² y, además de la ciudad de cabecera, se encuentra integrado por 18 localidades (Municipio de Olavarría, s/f).

Se caracteriza por ser una ciudad de base económica primordialmente agrícola ganadera y se destaca por ser el centro minero de la provincia; lo que le confiere el carácter de ciudad intermedia es el hecho de no pertenecer a una región metropolitana, ni a centros rurales (Gravano, 2005, citado en Iturralde, 2019).

Entender estas particularidades que definen a las ciudades intermedias y la diferencian de un área metropolitana, permite poner el foco en las particularidades de las problemáticas de la población y que sean abordadas desde sus singularidades, al pensar en lo urbano desde lo no metropolitano (Iturralde, 2019).

Por su parte, el sistema de Salud Público del Partido de Olavarría, en el marco de la Secretaría de Salud, cuenta con un Hospital Municipal nivel III⁸ ubicado en una zona estratégica de la ciudad, 24 Centros de Atención Primaria de la Salud⁹

⁸ En los sistemas de salud, se distinguen 3 niveles de atención. El primer nivel que corresponde a Atención Primaria de la Salud, como el nivel con mayor cercanía a la población usuaria; el segundo nivel refiere a hospitales de referencia y; el tercer nivel que se caracteriza por su tecnología de mayor complejidad y por garantizar tratamientos especializados (Van der Stuyft y De Vos, 2008).

⁹ Según la organización territorial del Partido de Olavarría, cada CAPS tiene a su cargo la atención de las personas que habitan en el área programática que corresponde al territorio de inserción del mismo. En este

(distribuidos en 8 servicios Municipales Territoriales) y 3 Hospitales nivel II ubicados en las localidades de Espigas, Hinojo y Sierras Bayas, dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Salud y un Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva.

Entre los años 2006 y 2009, el Programa Permanente de Estudios de la Mujer (PPEM)¹⁰ de la Secretaría de Extensión, Bienestar y Transferencia de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNICEN, como parte del CoNDeRS, realizó una serie de monitoreos anuales para evaluar los alcances y limitaciones del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Partido de Olavarría, con el objetivo de dar cuenta de su estado de situación y así mejorar su aplicación.

El último de los informes, en el año 2009 concluye que las diversas tareas que el PNSSyPR ha de garantizar, se llevaban a cabo en el escenario local de manera relativa, asistemática y/o parcial dependiendo del aspecto al que se refiera. Es así que el PPEM elaboró una propuesta para garantizar el cumplimiento de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673, 2002) en el Municipio de Olavarría en la que se propuso crear el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva (Compagnon y Bórmida Carriquiri, 2020, p.2).

En noviembre del año 2010 se aprueba, en el Partido de Olavarría, la Ordenanza Municipal 3.365 (2010) en el Honorable Concejo Deliberante (HCD) del Municipio de Olavarría. Esta Ordenanza contempla la creación del PMSSyR define sus objetivos y funciones y otorga al Ejecutivo local la capacidad para la designación de la persona titular.

Su objetivo principal es instrumentar los medios para posibilitar el acceso de toda la población del Partido de Olavarría a los derechos asegurados por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ex PNSSyPR) y por el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva; tendientes a alcanzar el nivel

marco, se exige a las personas la realización de un trámite de empadronamiento para acceder a un carnet hospitalario con indicaciones de CAPS de atención en función del área programática de su domicilio.

¹⁰ Los estudios de las mujeres comienzan a ocupar espacios como estudios de género en las universidades, desde mediados de los '80, aunque de manera marginal, por ejemplo en grupos de extensión. Tal es el caso de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNICEN, en donde existen espacios de trabajo que implementan la perspectiva de género, pero la transversalidad de la perspectiva de género como política institucional es un aspecto aún pendiente, puesto que esta perspectiva no se incorpora, por ejemplo en los programas de estudio de las materias (Astudillo y Bórmida, 2018).

más elevado de salud sexual y procreación responsable, libre de discriminación, coacción o violencia.

En el año 2014, luego de 4 años de creada la Ordenanza, integrantes de los equipos de la Secretaría de Extensión, Bienestar y Transferencia de la Facultad de Ciencias Sociales (FACSO) el Programa Chesida y el PPEM¹¹ comenzaron a mantener reuniones con las Secretarías de Desarrollo Social y de Salud Pública del Municipio, para conocer el estado de situación de aplicación de la Ordenanza de creación del PMSSyR. Allí, representantes de las Secretarías reconocieron que, si bien se habían llevado a cabo acciones puntuales vinculadas a la Salud Sexual y Reproductiva, el PMSSyR como tal no había sido creado.

En este marco, se firmó el Convenio de Colaboración (Expte. N° 5.635) entre la Facultad de Ciencias Sociales y el Municipio de Olavarría en el que se acordó la realización de un Diagnóstico Participativo a cargo de los equipos de Extensión.

El Diagnóstico Participativo da inicio en abril del año 2015 con el objetivo de sistematizar aquellas problemáticas y obstáculos que efectores y efectoras de las Secretarías de Salud Pública y de Desarrollo Social identificaban en vinculación a la Salud Sexual y Reproductiva para luego generar propuestas de acción en torno a la efectiva creación del Programa (Compagnon et al., 2016).

Los resultados del Diagnóstico junto con las líneas de acción propuestas fueron presentados al Ejecutivo a finales del año 2015. Más tarde, en el año 2016, se realiza la presentación abierta al público. En ese momento había cambiado la gestión municipal. En esta última presentación pública las nuevas autoridades de la Secretaría de Salud asumieron verbalmente compromisos de implementación.

En esta instancia, es inevitable referenciar a las movilizaciones sociales que se hicieron presentes en el espacio público en junio del año 2015 en el marco del “Ni Una Menos”. Estas manifestaciones por su masividad, lograron visibilizar e instalar en la agenda pública temáticas enfocadas principalmente en las violencias por motivos de género, pero luego extensivas a demandas más amplias incluidos los DSDR. La fuerza que estas demandas acumularon desde diversos sectores, dio lugar a que comenzaran a divisarse avances en cuanto a la implementación del Programa (Compagnon y Bórmida Carriquiri, 2020).

¹¹ Programas contruidos, desde sus inicios, en base al activismo y militancia de las mujeres y LGBT+ que los han integrado.

En este sentido, los debates instalados por los feminismos sobre la necesidad de ocupar espacios de toma de decisiones y de representación política, lograron legislaciones que posibilitaron la creciente participación política de las mujeres, lo que se traduce en implicancias concretas a la hora del reconocimiento de los DSDR.

Esto ha generado la incorporación de parte de la agenda feminista a la agenda del Estado y pone el acento en el conocimiento que las mujeres y las personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes pueden producir en función de necesidades específicas, históricamente relegadas por los espacios de dominación masculina. Es así como, producto de su condición de opresión histórica, pueden visibilizar las condiciones de interseccionalidad existentes en el acceso a derechos.

A partir de una perspectiva social, existen distintos procesos que se conjugan permanentemente para profundizar el interés de los movimientos feministas en la acción del Estado y para ampliar su interlocución con sus distintas institucionalidades (Guzmán y Montaña, 2012). Por lo que, la exigibilidad de la institucionalización del género exige al Estado que asuma el compromiso social, político, cultural y económico de transversalizar la perspectiva de género y el enfoque de derechos (Hipertexto PRIGEPP, Políticas, 2021, 4.2).

En este sentido, la realización del Diagnóstico participativo a cargo de los equipos de extensión universitaria, representó una herramienta de exigibilidad de la institucionalización del género a nivel local que instó al Ejecutivo a asumir determinados compromisos ya que, como resultado del Diagnóstico surge la necesidad de contar con espacios de reflexión, contención y formación para efectores y efectoras de las áreas de Salud y Desarrollo Social, además de mejorar los circuitos de comunicación institucional y la coordinación entre las diferentes dependencias municipales (Compagnon et al., 2016).

Por otro lado, se identifica la necesidad de asegurar los recursos materiales y mejorar y profundizar el vínculo con usuarios y usuarias. Por último, se visibiliza la necesidad de incorporar, a la Ordenanza vigente, los avances legislativos producidos entre los años de aprobación de la misma y la presentación del Diagnóstico y algunos que oportunamente no fueron contemplados (Compagnon et al., 2016).

En vinculación con los compromisos asumidos por las autoridades de salud, en octubre del año 2016 se designó a una persona como referente del Programa. Con ello se pudo avanzar en la articulación entre éste y los CAPS, los Hospitales de las localidades y el servicio de Tocoginecología del Hospital Municipal “Dr. Héctor M. Cura”, a la vez que, con otros servicios hospitalarios y, también, con instituciones locales como la Dirección de Políticas de Género (dependiente de la Secretaría de Desarrollo Humano y Calidad de vida -ex Secretaría de Desarrollo Social-), la Unidad Penal N° 2 de Sierra Chica, instituciones educativas, entre otras. Por otra parte, en febrero del año 2018, se produce la creación del Consultorio Inclusivo.

Paralelamente, desde el año 2016, diversos sectores y movimientos sociales comienzan a organizarse con el fin de monitorear y articular acciones de cabildeo con el propósito de lograr una propuesta de modificación de la Ordenanza vigente hasta el momento. Esta se presentó en el HCD en una reunión en la que participaron referentes de los diversos bloques a finales del año 2016. En el siguiente año la propuesta continuó enriqueciéndose con nuevas recomendaciones como por ejemplo, la creación de un presupuesto específico y la redacción en lenguaje inclusivo (Compagnon y Bórmida Carriquiri, 2020).

El 22 de noviembre de 2018, dicho proyecto, fue tratado y aprobado en el recinto del HCD del Partido de Olavarría, luego de haber sido evaluado y aprobado por las diferentes comisiones que lo componen e incorporada una modificación en la asignación del presupuesto, que determinaba que la partida presupuestaria para el PMSSyR, se crearía dentro de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Olavarría lo que constituye así la Ordenanza 4.343 (2018).

Sin embargo, a pesar de que la Ordenanza fue votada por unanimidad de los bloques del HCD, el 10 de diciembre mediante Decreto 3.790 (2018) firmado por el Intendente vetó el Artículo N° 4 que otorgaba un porcentaje específico del presupuesto de la Secretaría de Salud al Programa. Como consecuencia de esta situación, los feminismos locales organizados redactaron un comunicado que fue difundido a través de las redes sociales y replicado por algunos medios locales, lo que le dio mayor visibilidad. Por su parte, la oposición intentó sin éxito revertir el veto en el HCD (Compagnon y Bórmida Carriquiri, 2020).

Los equipos extensionistas como parte del movimiento de mujeres y LGBT+ anclados en la Universidad junto a una diversidad de organizaciones feministas

locales¹² construyeron un espacio colectivo de demanda, donde se socializaron preocupaciones y se acordó la realización de seguimientos, a la vez que diversas acciones de articulación y cabildeo de la implementación de la política pública. Una de ellas fue elevar al Ejecutivo Municipal un documento, en el que se solicitaba información del estado de implementación del Programa, además de dar cuenta de la preocupación general ante la falta de funcionamiento de varias de las líneas previstas por la Ordenanza.

En este sentido, los feminismos locales y sus diferentes formas de organización han logrado tomar un rol activo en la garantía de los DSDR, lo que permite reconfigurar las relaciones de poder existentes orientadas a un modelo de poder político igualitario y participativo (Hipertexto PRIGEPP, Políticas, 2021, 2.2).

En el sistema de salud pública del Partido de Olavarría, desde el año 2016, se acompañan interrupciones de embarazo en función de lo establecido en el marco de las causales previstas en el Art. 86 del Código Penal Argentino (Ley 11.179, 1921):

- embarazo que pone en riesgo la salud (física, psicológica y/o social) o la vida de la persona gestante.
- embarazo producto de una violación -una relación no consentida o bajo presión incluso dentro de una relación de noviazgo o matrimonio- (PNSSyPR, 2015).

Entre los años 2016 y 2022 se han acompañado 722 interrupciones voluntarias y legales del embarazo.

¹² Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir Olavarría, Frente Ni Una Menos Olavarría, ex Casa Popular Valeria (actualmente, Casa Popular de la Mujer), Socorristas en Red Olavarría, Colectiva La Navarro, Mujeres Evita, Mala Junta Olavarría, Suteba Olavarría, CTA Olavarría, Frente de Liberación Disidente, Animate, Centro de Acciones Legales por la Inclusión Social Olavarría, Movimiento Mayo Olavarría y Espacio Cultural La Yumba.

Tabla 1: Acompañamientos IVE/ILE según año (2016-2022)

Acompañamientos IVE/ILE - PMSSyR ¹³								
Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Cantidad	5	9	6	28	149	230	295	722

Durante los primeros años, desde el 2016 y el 2018, el Programa realizaba los seguimientos, pero requería de una consulta con un equipo interdisciplinario del HMHC compuesto por un ginecólogo, una trabajadora social y una psicóloga que decidía si la situación se enmarcaba o no en las causales establecidas. Durante este período, hubo limitaciones en las posibilidades de acompañamiento de las personas que solicitaron interrupciones, incluso hubo solicitudes que fueron rechazadas.

En este marco, las profesionales que desarrollaban sus actividades en el primer nivel de atención en los CAPS, se agruparon y conformaron la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir de Olavarría (en adelante Red PSDD o Red). Desde ese lugar de militancia, se constituyeron en un grupo de presión para la entonces gestión de la Secretaría de salud, con el fin de lograr la descentralización de los acompañamientos de ILE en los CAPS, conformados por equipos de salud actualizados con formación en las prácticas y acompañamientos en el marco de los Protocolos vigentes a nivel nacional y provincial y, a su vez, acompañados por la referente del PMSSyR (Red de PSDD, 2020).

La Red se sumó al espacio colectivo de demanda constituido con posterioridad al veto del artículo que otorgaba un porcentaje específico del presupuesto de la Secretaría de Salud al Programa de la Ordenanza 4343 (2018) por parte del Intendente local. Entre las diversas acciones llevadas adelante por este espacio colectivo, el 22 de abril del año 2019 fue elevado al Ejecutivo Municipal un documento en el que se solicitaba información del estado de implementación del

¹³ Fuente: Informe anual de acompañamientos de IVE/ILE 2022 del Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Olavarría.

Programa. Antes de que fuera recepcionada una respuesta formal a este documento, en el mes de junio del año 2019, se produce la incorporación de una segunda persona para la conformación del equipo del PMSSyR con formación específica en Género y DSDR¹⁴.

Desde este momento, el equipo de trabajo del Programa estuvo conformado por dos personas que desarrollaban de manera exclusiva sus tareas en dicho espacio que, a su vez, se sumaron desde un rol de militancia a la Red PSDD (Compagnon y Bórmida Carriquiri, 2020).

Ese mismo año, la provincia de Buenos Aires realizó una compra y distribuyó misoprostol del laboratorio Domínguez (droga considerada por la Organización Mundial de la Salud como un medicamento esencial para hacer un aborto seguro y ambulatorio hasta la semana 12 de embarazo y utilizado en la salud pública para las ILE y para otras prácticas ginecológicas). Al mismo tiempo, el laboratorio público de Santa Fe, inicia la producción de misoprostol y, en el año 2020, la provincia de Buenos Aires realizó las gestiones para la distribución en su territorio (López Cabello, 2020).

A la par, se habilitó a las profesionales de los CAPS para la evaluación y la certificación de causales de las personas que solicitaron ILE. Esto permitió, avanzar en la garantía del acceso a interrupciones, puesto que se consideraba el abordaje biopsicosocial para encuadrar en las causales, sumado, a la perspectiva de trabajo del PMSSyR en pos del enfoque de derechos y la perspectiva de género y, cierta autonomía otorgada desde la gestión municipal para la realización de los acompañamientos, se amplió considerablemente la capacidad de respuesta que se evidencia por el aumento en la cantidad de acompañamientos entre los años 2019 y 2020¹⁵.

A partir del momento en el que se comenzó a ampliar el equipo del Programa, se logró organizar el desarrollo de otras líneas de trabajo establecidas en las Ordenanzas de creación 3365 (2010) y modificatoria 4343 (2018) como la realización de consejerías integrales en MAC, ILE, Procesos de Modificación Corporal Hormonal, etc., el desarrollo de actividades de promoción, capacitaciones,

¹⁴ Esta incorporación, es entendida como una respuesta informal a dicho proceso de demanda, ya que, se habían realizado reiteradas solicitudes de pase de área por más de 10 meses en base a su formación, siendo empleada municipal por 15 años -en la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Olavarría-.

¹⁵ Ver anexo 4

talleres con otras dependencias municipales, organizaciones de la sociedad civil, instituciones educativas, entre otras. Esto dio cuenta de la necesidad de seguir y avanzar en la ampliación del equipo de trabajo, por lo que, en noviembre de 2019 se comenzó a solicitar el pase de otra agente municipal con formación en género y DSDR que se desempeñaba como equipo técnico en una de las sedes del Programa de Responsabilidad Social Compartida Envi6n, en la ciudad de Olavarría¹⁶.

En el año 2020, por el contexto de pandemia, frente al cese de actividades en otras áreas de la Municipalidad, se volvió a insistir en el pase de la agente, en principio para reforzar el trabajo del equipo durante dicho contexto y, luego, con el objetivo de concretar un pase definitivo. Tanto desde la Secretaría de Salud como de la de Desarrollo Humano y Calidad de Vida se lograron los acuerdos para la incorporación de la agente en el Programa, en el mes de abril del año 2020.

Este contexto de pandemia, permitió la descentralización del Programa del HMHC a la sede del Servicio Municipal Territorial N° 4, en donde fueron cedidos 3 consultorios/oficinas del área de Desarrollo Humano y Calidad de Vida para el desarrollo de las actividades y atenciones del Programa.

Todo este proceso, logró la consolidación del equipo del Programa, y se concretó el pase definitivo de la agente en el mes de febrero del año 2021 y se efectivizó el espacio en el Servicio Municipal Territorial N° 4 como sede fija, con atención a libre demanda de lunes a viernes de 8:30 a 14 horas. Esto permitió una mayor difusión del espacio y se avanzó en la construcción de un sistema de registro propio, para la gestión de insumos y la realización de los acompañamientos y seguimientos.

En este sentido, desde el espacio, se han podido llevar adelante acciones para desarrollar estrategias de difusión para que las personas usuarias que lo requieran puedan acceder a la información del espacio y, específicamente, del circuito de atención de IVE/ILE.

Por un lado, la información es transmitida por el boca en boca de las personas que han recibido atención y acompañamientos en el espacio, también a través de la folletería y cartelera que incluye las diferentes líneas de trabajo y que

¹⁶ Programa diseñado por el Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires con aplicación territorial en Olavarría y que, parte de su equipo se constituye con agentes municipales dependientes de la Subsecretaría de Derechos, Igualdad y Oportunidades de la Secretaría de Desarrollo Humano y Calidad de Vida de la Municipalidad de Olavarría (Municipio de Olavarría, 2022).

son distribuidas ámbitos de salud, de educación, etc., asimismo por las actividades de promoción que, el equipo, lleva adelante en diversos espacios, también por derivación de profesionales y equipos de salud del sistema público y del subsistema privado de salud (puesto que no hay profesionales que acompañen abortos en el sector privado de salud y son derivados al sector público), por derivación de Organizaciones de la Sociedad Civil locales, así como a través de las redes sociales institucionales e información en internet difundida por la Dirección de Prensa municipal y medios de comunicación locales¹⁷.

Para, el análisis sobre los problemas de acceso, se hace relevante comprender el tipo de acompañamiento que se realiza a las personas que solicitan IVE/ILE, dando cuenta del circuito de atención de IVE/ILE en el Partido de Olavarría gestionado por las integrantes del PMSSyR.

El circuito comienza con el primer contacto de la persona usuaria con el equipo de trabajo que, puede ser en la sede del PMSSyR, a través de una comunicación al teléfono del espacio o a través de los celulares personales de quienes lo integran para coordinar con la persona usuaria la realización de una consejería integral. En el momento de la consejería, el equipo, reúne y registra la información a partir de las fichas de solicitudes de IVE/ILE¹⁸, brinda información, a la persona usuaria, sobre el circuito de atención y los procedimientos seguros para interrupción. Es en este encuentro donde, el equipo del Programa, solicita la información sobre los obstáculos y/o dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos con los que se han encontrado en el sistema de salud¹⁹.

Este circuito de atención circunscribe a la construcción de un protocolo propio en cumplimiento del marco normativo local en función de las Ordenanzas vigentes y

¹⁷ Datos construidos y sistematizados por el PMSSyR a partir de los registros de las consultas por solicitudes de IVE/ILE

¹⁸ Entre otros trámites como gestión de carnet hospitalario y documentación, a la vez que, registros provinciales que garantizan el stock de insumos, etc.

¹⁹ Luego de que la persona que solicita IVE/ILE, ingresa al circuito de atención y se gestiona un turno con el área de Diagnóstico por Imágenes en dónde hay turnos reservados con médicas que trabajan de manera articulada con el Programa. Después de la ecografía, el equipo del Programa, realiza seguimiento telefónico y coordina turno con las profesionales médicas de los CAPS (lo que depende de la cercanía y/o movilidad de la persona usuaria y disponibilidad de las profesionales). El equipo continúa el seguimiento telefónico durante el proceso y coordina control ecográfico posterior para evaluar la eliminación del contenido del útero y otro turno de control con la profesional médica, que acompañó el tratamiento, para la revisión de la ecografía y la consejería en Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico.

Finalmente, el Programa realiza seguimiento de planillas y registros para elevar al Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva a través de la Región Sanitaria IX. Luego, realiza la sistematización y el análisis de los datos, para la elaboración de informes semestrales y anuales.

responde a los lineamientos establecidos en las guías y protocolos provinciales y nacionales (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

El hecho de que el Programa se haya podido consolidar en un equipo de trabajo, conformado por tres personas con formación en Género y DSDR, una de ellas proveniente del campo de Salud y las dos restantes del campo de las Ciencias Sociales²⁰, posibilita que se desarrollen sus funciones en el marco de la perspectiva de género y el enfoque de derechos al llevar adelante las atenciones en SSyR, desde una perspectiva integral en el marco del modelo de Consejería. Esto, fue el resultado de diversas acciones de articulación y cabildeo de la implementación del Programa y la fuerza de las demandas de los feminismos locales.

Hasta aquí, se realizó un recorrido para dar cuenta del rol activo de los feminismos en el reconocimiento de los DSDR y, particularmente, del aborto legal, seguro y gratuito. Mientras que, a nivel local, se pretendió dar cuenta del proceso que llevó a la gestación, diseño e implementación del Programa y a la conformación de su equipo de trabajo con profesionales con formación en Género y DSDR, como resultado de las exigencias y presiones ejercidas por parte de los activismos y la militancia local -presente en los equipos de los programas de extensión universitaria involucrados y, más tarde, en las organizaciones de la sociedad civil locales que se sumaron- hacia el ejecutivo que lentamente asumió ciertos compromisos.

²⁰ Estas también son integrantes del PPEM con trayectoria de militancia local en OSC feministas.

CAPÍTULO 3

Acceso a métodos anticonceptivos en el sistema de salud del Partido de Olavarría

En este capítulo se presentan elementos descriptivos y analíticos hallados en la investigación. En principio se describen y analizan los datos construidos a partir de los registros de las consultas por IVE/ILE durante los años 2021 y 2022 en el PMSSyR, en función de las dificultades de acceso según el tipo de MAC; luego, los datos elaborados a partir de las encuestas realizadas a las personas que refirieron haber enfrentado dificultades en el acceso a métodos en dichas consultas, en función de los motivos por los que las personas se encuentran con dificultades y, más tarde, los datos construidos a partir de las entrevistas en profundidad realizadas a cinco de las personas encuestadas. Finalmente, en el último apartado de este capítulo, se realiza el análisis de los datos construidos en función de los sujetos involucrados.

Como fue señalado en el apartado metodológico, en una primera etapa se trabajó con el análisis de los datos construidos a partir de los registros en las consultas del Programa. Con este instrumento, se construyeron tres categorías de análisis vinculadas al **tipo de MAC y las dificultades de acceso**, agrupadas de la siguiente manera:

- a. Los **métodos anticonceptivos de corta duración**: anticonceptivos orales -ACO- o pastillas -de una o dos hormonas-, anticonceptivos inyectables (ACI) mensuales y trimestrales, preservativos, anticoncepción de emergencia.
- b. Los **métodos anticonceptivos de larga duración reversibles**: implantes subdérmicos, Dispositivos intrauterinos de cobre y Dispositivos intrauterinos de Levonorgestrel.
- c. Los **métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos**: ligadura tubaria y vasectomías.

Sobre este primer agrupamiento de los datos, se construyeron nuevas categorías vinculadas a **los motivos por los que las personas se encuentran con**

dificultades en el acceso a los MAC que serán utilizadas para el desarrollo del análisis en los siguientes apartados:

- a. **Costos de los MAC**
- b. **Exigencia de trámites**
- c. **Falta de información**
- d. **Faltante de insumos**
- e. **Demoras y/o suspensión de turnos**

Con la utilización de las encuestas, como instrumento de recolección de datos, se logró construir información general sobre cobertura de salud de las personas, los lugares más frecuentes de atención y de acceso a MAC, los métodos de elección y, luego, se profundizó sobre la percepción de la libre elección de estos, las dificultades con las que se encuentran las personas a la hora de acceder a un método y sobre las cuestiones que se requieren, según sus opiniones, para los procesos de mejora en la atención en el sistema de salud (Casas Anguita, et al., 2003, p.527).

Con este instrumento se construyeron cinco categorías empíricas vinculadas a **los motivos por los que las personas se encuentran con dificultades** en el acceso a los MAC mencionadas previamente. Para luego, sintetizar las situaciones más frecuentes que las personas refieren, en función del lugar de atención, es decir, si sucedieron en el **sector público** y/o en el **sector privado de salud**.

Por último, en lo que se refiere al análisis de los datos construidos a partir de las entrevistas en profundidad, fueron nucleados en cuatro grandes ejes:

- a. **Atención en salud:** busca dar cuenta sobre las experiencias de las personas entrevistadas en el Sistema de salud, tanto del Sistema público como en el sistema de seguridad social y el Subsistema privado de salud.
- b. **Conocimiento sobre los Derechos Sexuales y Derechos reproductivos y no reproductivos:** pretende recuperar los conocimientos de las personas entrevistadas sobre los DSDR y las leyes que los protegen.
- c. **Autonomía en la elección del MAC:** pretende dar cuenta sobre la percepción de las personas entrevistadas con respecto a la libre elección

de los MAC y las dificultades que han tenido en el acceso a estos, en el Sistema de salud.

- d. **Percepciones sobre los procesos de mejora en la atención:** busca recuperar las voces de las personas entrevistadas, como una herramienta valiosa que permitirá pensar en estrategias de mejora ya que, son quienes pueden dar cuenta de lo que necesitan para poder obtener una atención en salud de calidad.

Con esta organización, se buscó relacionar los ejes con los motivos por los que las personas se encuentran con dificultades en el acceso a los MAC con el objetivo de poner en diálogo los discursos de las persona entrevistadas, los de quién investiga y los conceptos marco (Rodríguez Gómez, et al., 1999).

Finalmente, como cierre de este apartado, se analizan los datos construidos, tanto de las fuentes primarias como secundarias, en función de los sujetos involucrados:

- a. **Personas usuarias**
- b. **Profesionales y equipos de salud**
- c. **Gestión de sistemas de salud**

Tabla 2: Presentación de categorías de análisis

Acceso a métodos anticonceptivos en el Sistema de salud del Partido de Olavarría
1.Registro de las consultas por IVE/ILE en el PMSSyR
MAC de corta duración
MAC de larga duración reversible
MAC quirúrgicos definitivos
2.Encuestas
Costos de los MAC
Exigencia de trámites
Falta de información
Faltante de insumos
Demoras y/o suspensión de turnos
3.Entrevistas en profundidad
Atención en salud
Conocimientos sobre DSDR
Autonomía en la elección del MAC
Percepciones sobre los procesos de mejora en la atención
4.Dificultades de acceso a MAC
Personas usuarias
Profesionales y equipos de salud
Gestión de los sistemas de salud

1. Registros de las consultas por IVE/ILE en el PMSSyR

Como fue señalado anteriormente, en un primer acercamiento al análisis de esta investigación, se recuperaron los datos construidos a partir de los registros de las consultas por solicitudes de IVE/ILE durante los años 2021 y 2022 en el PMSSyR sobre las dificultades de acceso a MAC referidas por las personas en dichas consultas.

De un total de 525 personas acompañadas por el equipo del PMSSyR durante los años 2021 y 2022, 80 personas refirieron haber enfrentado algún obstáculo en el acceso a métodos anticonceptivos. Mientras que, 230 personas accedieron a la IVE/ILE durante el año 2021 y 295 en el año 2022. Fueron 32, las personas que refirieron situaciones que se identifican como obstáculos para el acceso a MAC en el primer año y, 48 en el segundo.

A los fines de esta investigación, en este apartado el análisis de las dificultades de acceso a MAC reconocidas por las personas en dichas atenciones se han agrupado en función del tipo de MAC:

- a. Métodos anticonceptivos de corta duración
- b. Métodos anticonceptivos de larga duración reversibles
- c. Métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos

El agrupamiento según el tipo de MAC, se vinculó a la necesidad de dar cuenta de cuáles son los métodos con los que las personas se encuentran mayores dificultades de acceso y debido a qué motivos. Esto, permitió distinguir una serie de dificultades particulares para cada uno.

a. Métodos anticonceptivos de corta duración

Los métodos de corta duración poseen algunas singularidades y especificidades: son métodos que tienen un efecto anticonceptivo corto en el tiempo, por lo que requiere de un uso reiterado y adecuado (según la indicación específica de cada uno) para lograr su efectividad (ACO o pastillas -de una o dos hormonas-, inyectables mensuales y trimestrales, preservativos, anticoncepción de emergencia).

En referencia con estas características, un primer hallazgo fue que, del total de las personas que refirió haber enfrentado obstáculos, 60 de ellas, mencionó

dificultades de acceso a métodos de corta duración. Es decir que, según información en estos registros, el 65% de las personas refirieron dificultades de acceso vinculadas a este tipo de métodos, esto puede estar asociado a que son los mayoritariamente elegidos por las personas o por los que mayoritariamente consultan, por ser un método conocido por ellas, por ser los más ofertados por profesionales y equipos de salud, por ser reversibles y, a diferencia de otros, por no requerir de prácticas médicas específicas de colocación (como sí lo requieren los MAC de larga duración reversibles que se colocan por profesionales de la salud y los MAC quirúrgicos irreversibles).

A su vez se puede decir que, muchas personas, no cuentan con la información necesaria sobre el uso adecuado de los MAC de corta duración, lo que hace a la efectividad del método. Esto se puede evidenciar en la falta de información completa brindada por profesionales y equipos de salud sobre el uso correcto de las ACO ya que, en los relatos registrados, las personas refieren no haber recibido información sobre la baja de la efectividad del método si se presentan vómitos y/o diarrea y si se utilizan ciertos medicamentos.

Además, se evidencia falta de información sobre el uso adecuado de las inyectables mensuales por parte de una de las personas que refirió que le indicaron la aplicación de la misma cada vez que menstruaba, en lugar de la correcta aplicación que recomienda la colocación cada 30 días, es decir todos los meses en la misma fecha -con posibilidades de colocación siete días antes y 7 días después de la fecha en que debe ser aplicada, aunque es mayor cuidado no adelantarse, ni atrasarse más de 3 días, sigue siendo segura (DNSSyR, 2023)-.

A propósito de estas cuestiones, Menéndez (1988) cuestiona el modelo médico hegemónico, cuyos rasgos estructurales fundamentales son el biologicismo, el individualismo y la participación subordinada y pasiva de las personas usuarias. Estas características que excluyen la visión integral de los procesos de salud evidencian la relación problemática que se establece entre este modelo y la estrategia de consejerías en SSyR. Tradicionalmente, desde los sistemas de salud se han subestimado los conocimientos que requieren las personas usuarias para los cuidados de su salud y tienden a no reconocer la importancia de brindar información completa, científica y actualizada que dé lugar a que las personas asuman un rol activo sobre estos cuidados y, específicamente, en lo concerniente a su SSyR.

Con relación a la falta de información, también puede pensarse que, muchas de las personas no conocen las leyes que garantizan el acceso gratuito a dichos MAC, lo cual puede recuperarse de los relatos descriptos en los registros del PMSSyR que refieren discontinuar el Método por no poder comprarlo.

Por otro lado, los relatos descriptos en los registros dan cuenta de que estos MAC de corta duración son los métodos que profesionales y equipos de salud mayormente recomiendan (según los relatos, las más recomendadas por estos, son las ACO como única opción, sin dar cuenta del resto de los MAC disponibles) y ofrecen a las personas sin garantizar su continuidad, tal es el caso de la falta de acceso por faltante de insumos o de la falta de seguimiento de las personas usuarias por parte de los equipos de salud, en base a una situación en donde una persona no pudo concurrir a aplicarse el ACI por no poder movilizarse fuera de su domicilio y, según refirió, el CAPS no logró garantizar la continuidad, ni concurre al domicilio para acercar el MAC.

También aparece como una dificultad, la demora y/o suspensión de turnos ya que, una persona refirió que al acercarse al CAPS para solicitar un cambio de MAC por tener malestares con el uso de las ACO, le otorgaron un turno a un mes y, luego se lo suspendieron; esto da cuenta de la falta de incorporación de la consejería en MAC como una consulta esencial y urgente, por parte del equipo de salud según las recomendaciones de los Ministerios de salud nacional y provincial (MSPBA, 2021).

En línea con lo mencionado anteriormente, respecto a la entrega de métodos anticonceptivos orales, si bien se compartieron una serie de recomendaciones para asegurar su acceso a la población que sugerían la entrega de varias cajas (MSPBA, 2021) se puede decir que, no en todos los casos se pudo sostener. Esto puede haber sido por una decisión de los equipos de no realizar las entregas como se recomendó o bien por falta de stock y abastecimiento. Aquí es preciso dar cuenta que el contexto de pandemia por el COVID-19 generó dificultades en el abastecimiento de MAC, por lo que por un lado se recomendaba la garantía de los MAC sin barreras y se establecieron ciertas estrategias de atención para lograrlo pero, no se garantizó el stock necesario de insumos (FPNU, 2020).

Además, se puede identificar la falta de escucha sobre las necesidades y las situaciones que atraviesan las personas a la hora de acceder al MAC ya que, según se reconoce en varios de los relatos descriptos en los registros, a pesar de referenciar malestares con la ingesta del MAC y/o tener olvidos en las tomas -por

ser un MAC que requiere uso diario y depende de una rutina que a veces no se puede sostener- es el único MAC ofrecido en muchas ocasiones.

Esto evidencia las relaciones asimétricas y las prácticas que se reproducen desde el modelo de atención tradicional en los vínculos entre profesionales/equipos de salud y las personas usuarias concebidas desde una participación de subordinación y pasiva (Menéndez, 1988) lo que constituye relaciones de poder desigual en donde se prima la decisión de profesionales y equipos de salud en lo que refiere a los cuidados de la salud de las personas usuarias, sobre todo en lo vinculado a SSyR atravesado por prejuicios y estereotipos de género.

Esto coincide con los hallazgos de Sampayo (2023) en donde concluye que, desde los Sistemas de salud pública, se ejerce un control sobre el cuidado de la salud y el cuerpo de las personas usuarias: “Donde se les dice cómo cuidar y disfrutar de la sexualidad, qué métodos anticonceptivos usar, y hasta se 'asesora' en cuanto a la cantidad y espaciado de los hijos” (p.87)

En función de las dificultades vinculadas al acceso a los MAC de corta duración, el mayor porcentaje de personas refieren obstáculos para acceder a este tipo de MAC, esto puede estar asociado a que son los mayormente conocidos y elegidos por las personas. Lo cual puede estar vinculado a varios motivos, según los relatos, son los métodos más recomendados por profesionales y equipos de salud, son reversibles y su acceso no requiere de prácticas médicas específicas.

Entre los hallazgos de este apartado, se puede mencionar que, por un lado, las dificultades de acceso a MAC se vinculan a la falta de información por parte de las personas usuarias sobre el uso adecuado del MAC y sobre las leyes que los garantizan, mientras que, por parte de profesionales y equipos de salud, se vinculan a la falta de escucha activa sobre las necesidades de las personas usuarias, la concepción de estas últimas desde una participación de subordinación y pasividad, la falta de garantía de continuidad del MAC y la demora y/o suspensión de turnos y, por último, vinculado a la gestión de los sistemas de salud, se relaciona a la falta de stock y abastecimiento de insumos y a la exclusión de la visión integral de los procesos asociados a la SSyR.

b. Métodos anticonceptivos de larga duración reversibles

En el segundo agrupamiento se colocan, los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles, son métodos que requieren de la colocación por parte de profesionales y equipos de salud y tienen una duración prolongada en el tiempo por varios años (depende de las características del método y pueden durar 4, 6 ó 10 años), por lo que, su efecto anticonceptivo no depende directamente del correcto uso por parte de las personas usuarias, ni de la información correcta sobre su funcionamiento, ni de cuestiones de contexto sino de su colocación y, se pueden extraer en cualquier momento, por solicitud de la persona o por el cumplimiento del plazo de efectividad. Estos son: Implantes subdérmicos, Dispositivos intrauterinos de cobre y Dispositivos intrauterinos de Levonorgestrel.

En este caso, nueve personas refirieron dificultades con relación al acceso y/o control de métodos de larga duración reversibles, es decir que, el 11% de las personas. El bajo porcentaje puede deberse a la falta de conocimiento por parte de las personas usuarias sobre estos métodos y la falta de conocimiento de las leyes que garantizan el acceso a estos de manera gratuita, tanto de la entrega, como de la colocación y extracción garantizados por la Resolución 2922 (2019) en el Sistema de salud, tanto en el sistema público, como a través del sistema de seguridad social y el subsistema privado. Esto puede identificarse en los relatos descriptos en los registros de quienes refieren no haber accedido por los costos del MAC en el sector privado de salud.

Esto puede evidenciar la falta de promoción de estos derechos desde el Estado, que tiene la responsabilidad de llevar adelante acciones en pos de la transversalización de género, tanto a través de la gestión de los sistemas de salud como también en toda la estructura del aparato político (Guzmán y Montaña, 2012).

En esta revisión, se reiteran las dificultades vinculadas a las demoras y/o suspensión de turnos, a la vez que, a la exigencia de ciertos trámites administrativos. Aun cuando las personas presenten ciertos síntomas como dolores, malestares y/o sangrado abundante como fue el caso de dos usuarias o como en el caso de otra de las usuarias que refirió haber realizado una consulta con el diagnóstico por ecografía de DIU descendido lo que hace que no cumpla con su efecto anticonceptivo, estas refieren situaciones en donde les fue negada la atención o dilatada en el tiempo. Con esto, se vuelve a evidenciar la falta de

incorporación de las consejerías en SSyR como consultas esenciales y urgentes, por parte de profesionales y equipos de salud (MSPBA, 2021).

Por otra parte, algunas personas refieren que se les realizó extracción de método de larga duración reversible, sin recibir información de otro MAC. Una de ellas, refiere que se le realizó extracción de DIU por presentar un aumento en el volumen del sangrado -efecto secundario frecuente por el uso del DIU (DNSSyR, 2023)- en el servicio de tocoginecología y sólo le ofrecieron ACO como método de reemplazo, a pesar de manifestar que es un método con el que tiene ciertas dificultades para que se garantice su correcto uso y efectividad.

Además, en el Sistema de seguridad social y Subsistema privado de salud, se evidencia falta de seguimiento y regulación del cobro sin factura de las prácticas y atenciones en general y, sobre todo, de aquellas vinculadas al acceso a MAC ya que, a pesar de que, varias personas refirieron que las obras sociales les han informado que estas no deben tener un importe por sobre el bono, se cobran de igual manera a las personas usuarias (Resolución 201, 2002).

A propósito de esta cuestión vinculada a la falta de seguimiento y regulación, se evidencian deficiencias en los mecanismos de control estatales para garantizar el acceso igualitario a los DSDR para la población en su conjunto. Se reconoce la responsabilidad del Estado en de la aplicación de las políticas públicas en pos de la garantía de los derechos, en el marco de las acciones, decisiones y omisiones por parte de los/as distintos/as actores/actrices involucrados/as en los asuntos públicos, sobre todo de aquellas que han sido enunciadas explícitamente con el fin de asegurar el bienestar, la seguridad, la autonomía y los derechos de las mujeres y LGBT+ (Del Río Fortuna y Lavigne, 2010).

Para sintetizar, en función de las dificultades vinculadas al acceso a los MAC de larga duración reversibles, se puede decir que, son poco conocidos como métodos y, sobre todo, existe poco conocimiento sobre las leyes que garantizan su acceso de manera gratuita en el Sistema de salud, tanto en el sistema público, como a través del sistema de seguridad social y el subsistema privado (Resolución 2922, 2019). Por lo que, se hace evidente la falta de promoción de estos derechos por parte del Estado.

c. Métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos

Finalmente, en el último agrupamiento se colocan, los métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos, son irreversibles que requieren de una cirugía y están destinados a aquellas personas que deciden no gestar y/o no quieren tener más hijo/as (ligadura tubaria y vasectomía).

Por su parte, las 11 personas restantes, refirieron haberse enfrentado a dificultades de acceso a métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos, es decir que, el 14% de las personas. En este punto, vuelven a aparecer, con mayor frecuencia, las dificultades vinculadas a las demoras y/o suspensión de turnos. Muchas de ellas refirieron, la suspensión de turnos en reiteradas ocasiones (en contexto de pandemia) y las demoras al quedar inscriptas en listas de espera por más de 6 meses.

También se reitera la falta de información de las personas usuarias sobre la gratuidad puesto que muchas de ellas, refirieron según los relatos descriptos en los registros del Programa, no haber podido acceder a este MAC por los costos de la cirugía en el sector privado de salud.

En este sentido, se observan las relaciones de interseccionalidad existentes, por las que circunstancias de vida (sociales, culturales, etc.), de clase, a la vez que, por los roles y estereotipos de género asignados de manera binaria ya que, en general, todas las prácticas vinculadas a la reproducción y la no reproducción suelen asignarse como responsabilidades exclusivas de mujeres y otras personas con capacidad de gestar, lo que se constituye en condicionantes de las vivencias y de las decisiones sobre la SSyR (Perrotta, 2010).

En relación con, las dificultades de acceso de este tipo de MAC, tres personas refirieron haberlo solicitado y les fue negado por ser muy jóvenes; dos de ellas, refieren haberlas enfrentado en el sector privado (una de ellas 22 y la otra 26 años) y la restante en el sistema público de salud (22 años).

Esto, da cuenta de la falta de información sobre el derecho a elegir este método anticonceptivo desde la mayoría de edad (Ley 26.130, 2006) y que, en el año 2015, junto a la entrada en vigencia del Código Civil y Comercial, a partir de los 16 años se adquiere la mayoría de edad para el pleno ejercicio del derecho a la salud y cuidado del propio cuerpo (Resolución 65, 2015). Por lo que, todas las personas pueden elegir libremente por este método anticonceptivo a partir de los 16

años de edad a través del Sistema de salud, tanto en el sistema público, como a través de obras sociales y prepagas en el sistema de seguridad social y el subsistema privado de salud.

Aquí se confirma la existencia de prejuicios y estereotipos vinculado a las juventudes y el ejercicio de toma de decisiones autónomas en esta dicotomía entre jóvenes y adultos/as puesto que, las características socialmente vinculadas a los distintos grupos en función de las edades se definen en el marco de relaciones de poder entre unos y otros al sostener vínculos de complementariedad y conflicto, constituyéndose así un sistema complejo de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias y actividades adecuadas, e instituciones encargadas de controlarlas y normalizarlas (Cuasapud Arteaga, 2021).

En función de las dificultades vinculadas al acceso a los MAC quirúrgicos definitivos, las personas mayormente refieren demoras y/o suspensión de turnos y falta de información sobre gratuidad y edad necesaria para el acceso a este derecho. Según lo establecido en la Resolución 65 (2015) todas las personas pueden elegir libremente por este método anticonceptivo a partir de los 16 años de edad a través del Sistema de salud, tanto en el sistema público, como a través de obras sociales y prepagas en el sistema de seguridad social y el subsistema privado de salud.

En síntesis, las personas refieren con mayor frecuencia dificultades de acceso a MAC de corta duración, lo que puede estar vinculado a que, se tratan de métodos mayormente recomendados por profesionales y equipos de salud y conocidos por las personas usuarias, además de ser métodos reversibles y que no requieren de prácticas médicas para su colocación. Mientras que, con relación a los MAC de larga duración reversibles, se encontró que son los métodos que menos se conocen y junto con los MAC quirúrgicos definitivos se desconoce el acceso gratuito a estos, por lo que se hace evidente la falta de promoción de estos derechos.

Entre los hallazgos, se identifica que las dificultades de acceso a los métodos, se vinculan en mayor medida a los costos de los MAC, la exigencia de trámites, la falta de información, los faltantes de insumos y las demoras y/o suspensión de turnos.

2. Encuestas

Esta investigación tuvo como segunda herramienta una serie de encuestas estandarizadas realizadas a las personas que refirieron haber enfrentado dificultades para el acceso a MAC en las consultas por solicitudes de IVE/ILE durante los años 2021 y 2022 en el PMSSyR, que dieron como resultado una enorme cantidad de datos. Se realiza una descripción de la población y su cobertura de salud, los lugares más frecuentes de atención y de acceso a MAC y los métodos de elección, para luego profundizar sobre la percepción de la libre elección de los estos. Más tarde, se describen los motivos por los que las personas se encuentran con dificultades en el acceso a los MAC:

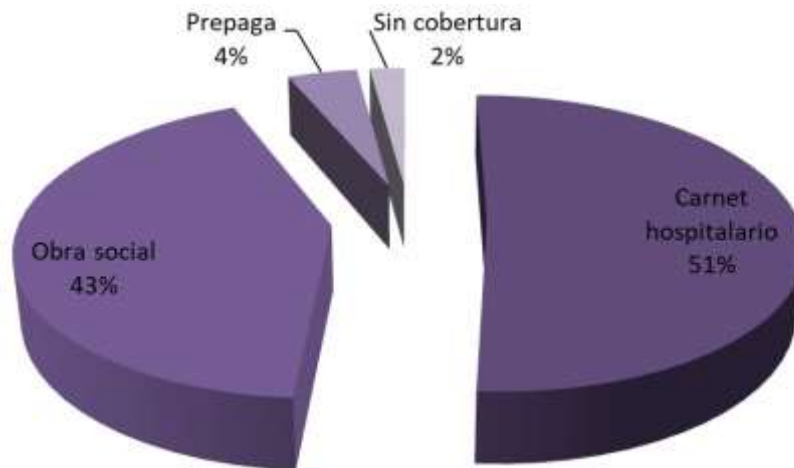
- a. Costos de los MAC
- b. Exigencia de trámites
- c. Falta de información
- d. Faltante de insumos
- e. Demoras y/o suspensión de turnos

También se presentan las dificultades más frecuentes según el sector de salud en el que ocurrieron y la valoración de estos por parte de las personas encuestadas y, finalmente, sobre las cuestiones que se requieren, según sus opiniones, para los procesos de mejora en la atención en el sistema de salud.

Descripción de la población encuestada

De un total de 47 personas encuestadas, 24 de ellas, es decir el 51% tienen carnet hospitalario y reciben atención en salud a través del sistema público de salud, 22 de ellas tienen cobertura de salud a partir del sistema de seguridad social y del subsistema privado de salud, lo que corresponde al 49% de las personas, 20 de ellas tienen obra social, el 43%, 2 personas cuentan con prepaga, el 4% del total y 1 personas no tienen ningún tipo de cobertura, es decir el 2%. Esto permite dar cuenta que el universo de personas encuestadas no corresponde a un único subsistema de salud, sino que se distribuyen casi de manera igualitaria entre personas con cobertura del sistema público y el sistema de seguridad social, lo que permite recuperar las experiencias de las personas tanto en el sector público como en el sector privado de salud.

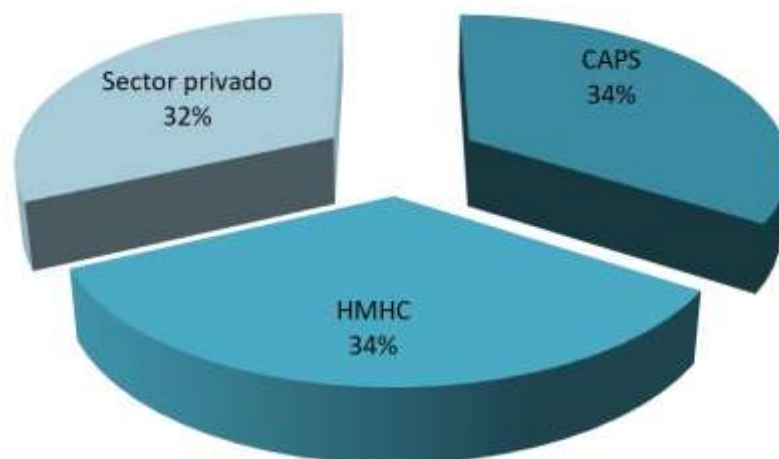
Ilustración 1: Cobertura de los sistemas de salud



Fuente: elaboración propia

Por otra parte, 16 personas refieren recibir las atenciones de salud y acceder a los MAC en algún CAPS, es decir el 34%, otras 16 personas refieren recibir las atenciones en el HMHC (34%) y 15 personas, es decir el 32% de las personas encuestadas, refieren recibir las atenciones en el sector privado de salud.

Ilustración 2: Lugar de atención

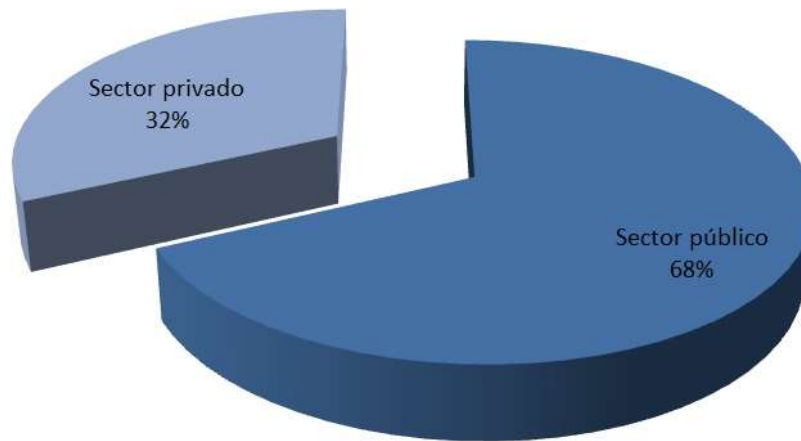


Fuente: elaboración propia

A pesar de que, 22 de las personas (47%) tienen obra social o prepaga, se puede apreciar que sólo el 32% de ellas refieren atenderse en el sector privado de salud, mientras que el 15% restante refieren atenderse en el Sistema público, esto

resulta que, el 68% del total de las personas encuestadas eligen el Sistema público de salud, entre quienes eligen los CAPS y el HMHC.

Ilustración 3: Sector de salud de atención



Fuente: elaboración propia

En este sentido, la construcción de estos datos permite identificar que el grupo de personas entrevistadas es heterogéneo y, pueden dar cuenta de las dificultades de acceso a MAC tanto en el sector privado como en el sector público de salud, a su vez, se hizo evidente que hay un porcentaje amplio de personas que, a pesar de tener cobertura social y/o prepaga eligen atenderse en el sector público de salud.

Con relación a los métodos anticonceptivos utilizados actualmente, el 3% de las personas refiere haber realizado la ligadura tubaria como MAC definitivo no reversible, mientras que, el 36% relata que elige usar métodos de larga duración reversibles, un 27% utiliza DIU/SIU y el 9% ISD, por otro lado, un 55% cuenta que utiliza métodos de corta duración -el 22% emplea las ACO, el 18% las ACI, el 7% los preservativos, en tanto que, un 8% utiliza doble protección (ACO más Preservativos)- y un 6% refiere que no utiliza ninguno.

Estos datos contruidos, dan cuenta de que las personas siguen eligiendo con mayor frecuencia los MAC de corta duración lo que, como se mencionó en el apartado anterior puede vincularse a que son los más conocidos, son reversibles y no requieren de prácticas médicas para su colocación. De igual manera, se hizo evidente que un alto porcentaje de personas que eligen MAC de larga duración reversibles y un porcentaje muy bajo elige MAC quirúrgico definitivo, esto último,

puede deberse a que son métodos que requieren una cirugía, por lo que requiere de la realización de ciertos estudios prequirúrgicos, de una internación, de la práctica médica y el control post operatorio, además de que es un método irreversible por lo que, se elige cuando la persona decide no gestar y/o no quiere tener más hijo/as.

El 73% de las personas encuestadas respondió que pueden elegir libremente el MAC, mientras que el 24% respondió que no puede hacerlo y un 3 % no sabe o no contesta. A pesar de haber experimentado dificultades en el acceso a la información sobre los DSDR y a los métodos en sus tránsitos por el sistema de salud, actualmente, un gran porcentaje de las personas encuestadas identifica que puede elegir libremente. Esto hace evidente que, se han podido generar ciertas condiciones, desde el sistema de salud, para que las personas accedan a sus derechos.

a. Costos de los MAC

Con relación al primer agrupamiento, en función de los motivos por los que las personas se encuentran con dificultades en el acceso a los métodos anticonceptivos en el sistema de salud, las personas identificaron dificultades por los costos de los MAC.

En relación con, los MAC de corta duración, por el costo para adquirirlos en las farmacias y con los de larga duración por el costo de los dispositivos, así como de las consultas, la colocación y extracción y los MAC quirúrgicos, irreversibles por los costos de la cirugía en el sector privado de salud. Esto evidencia la falta de información sobre la gratuidad por parte de las personas usuarias y la falta de garantía por parte de profesionales y equipos de salud (DNSSyR, 2023).

Aquí subyacen diversas situaciones, por un lado las concepciones político-ideológicas de quienes conforman el sector privado de salud en cuanto a la gratuidad de los insumos, atenciones y prácticas vinculadas a los DSDR y, específicamente, a los MAC; cuestiones que, socialmente, le atribuyen responsabilidades exclusivas a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar y los movimientos de mujeres y LGBT+ han luchado por poner en tensión al cuestionar el rol social atribuido a estas, así como los roles y estereotipos de género (Arhex, 2020).

Por otro lado, las cuestiones vinculadas al poder biomédico y su legitimidad, tanto desde el punto de vista de profesionales y equipos de salud como de las

personas usuarias, en palabras de Mattioli (2011) “puede pensarse que la competencia técnica de los[as] médicos[as] no es discutida por las usuarias, en parte por ese poder simbólico, en parte por ser más compleja” (Mattioli, 2011, p.126).

Por otra parte, la ausencia del Estado como ente promotor de estos derechos, encargado de garantizar su acceso y su gratuidad, como responsable de diseñar dispositivos de regulación y control y obligado a revisar su cumplimiento (Guzmán, 2003).

b. Exigencia de trámites

En el segundo agrupamiento, se identificaron dificultades vinculadas a la exigencia de trámites administrativos y burocráticos para acceder a los MAC, sobre todo en el Sistema de seguridad social y en el Subsistema privado de salud, en donde se refirió que se requiere de “mucha burocracia y consultas médicas que hay que pagar” (Persona encuestada n° 22). Mientras que en el Sistema público de salud, se refirió a la necesidad de realizar trámites de empadronamientos²¹ para atenderse en los CAPS y realizar el retiro de MAC que requiere de varias consultas en el hospital central (HMHC) para gestionarlo, sin contemplar a las consejerías de SSyR como esenciales y urgentes (DNSSyR, 2018).

Estas dilaciones en la atención y el derrotero que requiere la realización de trámites en distintos espacios e instituciones, puede resultar en el agotamiento emocional y psicológico de las personas usuarias, expulsándolas del sistema de salud, lo que significa que, no retomen la consulta lo que impide el acceso a sus derechos y, específicamente, a los MAC ya que “la consecuencia más frecuente es la frustración y el abandono de la búsqueda de atención” (Sampayo, 2022, p.42).

c. Falta de información

En vinculación con el tercer agrupamiento, las personas refirieron dificultades vinculadas a la falta de información y/o a la información recortada, limitada e incluso equivocada que ofrecen profesionales y equipos de salud sobre los MAC disponibles. En general, sobre todo en el sector privado, los métodos que

²¹ Según la organización territorial del Partido de Olavarría, cada CAPS tiene a su cargo la atención de las personas que habitan en el área programática que corresponde al territorio de inserción del mismo. En este marco, se exige a las personas la realización de un trámite de empadronamiento para acceder a un carnet hospitalario con indicaciones de CAPS de atención en función del área programática de su domicilio.

mayormente recomiendan son las pastillas (ACO) sin dedicar el tiempo a explicar sobre el uso adecuado y las condiciones de efectividad de los mismos.

Particularmente, se referenciaron situaciones en donde en la atención de post parto se indicó ACO de lactancia, sin la información sobre cambio de MAC al finalizar el período de lactancia exclusiva (hasta los 6 primeros meses post parto, siempre que dé de amamantar) y sin el seguimiento adecuado para brindar otra opción cumplido dicho período, lo que reproduce un modelo de atención en salud tradicional, asociado al modelo médico hegemónico (Tobar, 2002).

También, en función con las dificultades vinculadas a la información, una de las personas encuestadas refirió que el equipo de salud de un CAPS le negó el acceso al ISD por su edad ya que, le indicaron que era un método indicado a personas menores de 24 años, lo que no responde a las indicaciones del método según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación (DNSSyR, 2023).

d. Faltante de insumos

Con relación al cuarto agrupamiento, las personas refieren haberse encontrado con dificultades de acceso a MAC por faltante de insumos en el Sistema público de salud tanto, con relación a los de corta duración, sobre todo se referencia la falta preservativos y de inyectables mensuales y trimestrales y, con relación a los de larga duración, especialmente los ISD. Una de las personas refiere haber estado más de un año en lista de espera para acceder a un ISD.

En lo relativo a estos faltantes, si bien se refieren de manera generalizada en distintos períodos, se destaca, específicamente el faltante en las localidades, en donde una de las usuarias refiere que “nunca hay stock” con relación a las inyectables trimestrales y que tampoco hay profesionales que coloquen métodos de larga duración.

Esta situación, con respecto a los faltantes de insumos puede estar asociada al contexto de pandemia por el COVID-19, ya que en dicho momento, hubo dificultades en el abastecimiento y provisión de MAC en el sistema público de salud (FPNU, 2020).

También puede estar asociada a cuestiones vinculadas a la falta de organización desde la gestión en salud local. En investigaciones llevadas a cabo a nivel local, como la de Compagnon (2023), que realiza un seguimiento de la aplicación de las políticas en SSyR en el Partido de Olavarría y, en vinculación con

la disponibilidad de MAC, se encontró con que “algunos obstáculos se vincularon sólo a la gestión o distribución, pero no a la falta de insumos” (p.175).

Por último, puede estar asociada a un posicionamiento de profesionales y equipos de salud y sus concepciones sobre la SSyR y al acceso a MAC ya que, en coincidencia con Petracci (2005), sus prácticas están enfocadas mayormente en la prevención de enfermedades más que en la promoción de derechos.

e. Demoras y/o suspensión de turnos

En el último agrupamiento, se colocan las dificultades de acceso por demoras y/o suspensión de turnos para la atención, las personas contaron que no es posible acceder a turnos en los CAPS cuando su domicilio no pertenece al área programática del mismo, también se refirieron dificultades para acceder a turnos para MAC quirúrgicos y cancelación de turnos en reiteradas ocasiones. Esto se puede vincular a la falta de incorporación del modelo de consejería en SSyR como transversal a las prácticas de salud, sin entender a las consultas de SSyR como esenciales y urgentes (MSPBA, 2021).

Sectores de salud

Con respecto al lugar en el que ocurrieron las situaciones, el 40% de las personas refirió que ocurrieron en el sector privado de salud, mientras que el 33% refirió que ocurrieron en el HMHC y el 27% en algún CAPS, por lo que, un 60% de las situaciones ocurrieron en el Sistema público de salud.

A pesar de ello, las personas suelen coincidir que luego de la atención recibida en el Programa, reconocen haber podido acceder al MAC elegido y haber recibido la información completa sobre el uso adecuado del mismo, una de ellas refirió que estuvo en lista de espera en el CAPS por más de un año para la colocación del implante pero que, luego de la IVE pudo colocárselo. Esto implica entender que, el Programa se constituye como un espacio que se esfuerza por desarrollar un modelo de atención en el marco del modelo de consejería en SSyR, basado en el enfoque de derechos y la perspectiva de género (DNSSyR, 2018).

En este punto, es preciso dar cuenta que, las situaciones que las personas refieren sucedieron en el sector público de salud, se asocian en mayor medida a la falta de insumos, la falta de información brindada por profesionales y equipos de salud y la demora y/o suspensión de turnos pero, a su vez destacan que, el hecho

de haber concurrido al sector público, específicamente al PMSSyR, para el acceso a IVE/ILE les permitió acceder a derechos ya que, no sólo pudieron acceder al aborto legal, seguro y gratuito, sino que pudieron recibir información completa, científica y actualizada sobre los MAC disponibles y elegir libremente.

Mientras que, en el sector privado de salud, las situaciones se asocian a la falta de información brindada por profesionales y equipos, la exigencia de trámites y los costos en los MAC (costos de los insumos, más los costos de las consultas y prácticas médicas).

En este sentido, se pone en tensión la presencia del Estado ya que, es insoslayable para asegurar los recursos necesarios y establecer los mecanismos de control para la correcta vigilancia del sistema público de salud, de carácter universal, que “garantiza el derecho al acceso a la salud para todas las personas habitantes del país” (SES, 2023, p.6). A la vez que, para la regulación del sector privado de salud.

Es evidente que sin un Estado con una clara capacidad de regulación sobre el sector privado, el libre juego de las fuerzas del mercado, no permitirá solucionar los problemas de calidad y cobertura de los servicios de salud que el importante nivel de recursos con el que se cuenta debieran permitir (Cetrángolo y Devoto, 2002, p.23).

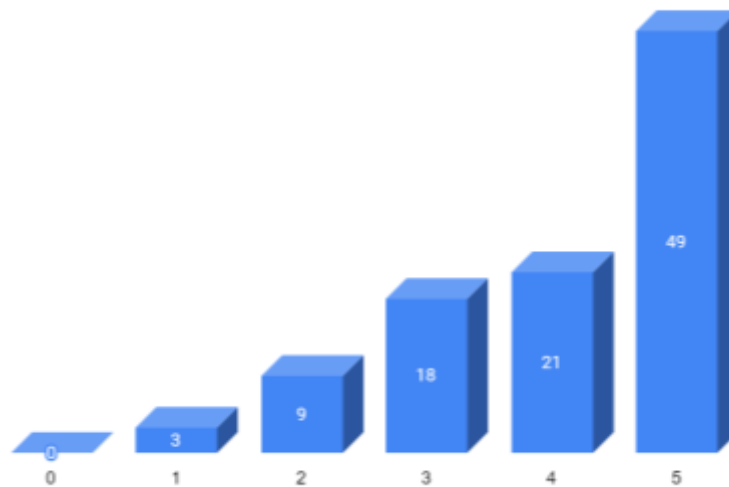
Al respecto, es necesario mencionar que diversos/as actores/as y sectores participan en los procesos de gestación, diseño e implementación de las políticas públicas vinculadas a la garantía de DSDR ya que, estos, forman parte de la agenda internacional y son asumidos como compromisos por los Estados. En este sentido, estos/as diversos/as actores/as y sectores participan en la construcción de estrategias de monitoreo y, de esta manera, articular acciones de exigibilidad en casos de incumplimiento (Compagnon, 2023).

En este sentido, sin quitar esta responsabilidad superior al Estado, se considera que transformar los espacios en pos de la equidad entre las personas es un compromiso que deben asumir todas las personas, organismos e instituciones en el desarrollo de sus actividades y sus relaciones interpersonales (Carballeda, 2016).

El siguiente gráfico muestra en porcentajes la calificación otorgada entre el 0 y el 5 (siendo el 0 el más deficiente y 5 el óptimo) por las personas encuestadas, al

acceso a métodos anticonceptivos en el sistema público de salud de Olavarría (CAPS -salitas- y HMHC y hospitales de las localidades -hospitales públicos-):

Ilustración 4: Valoración del sistema público de salud



Fuente: elaboración propia

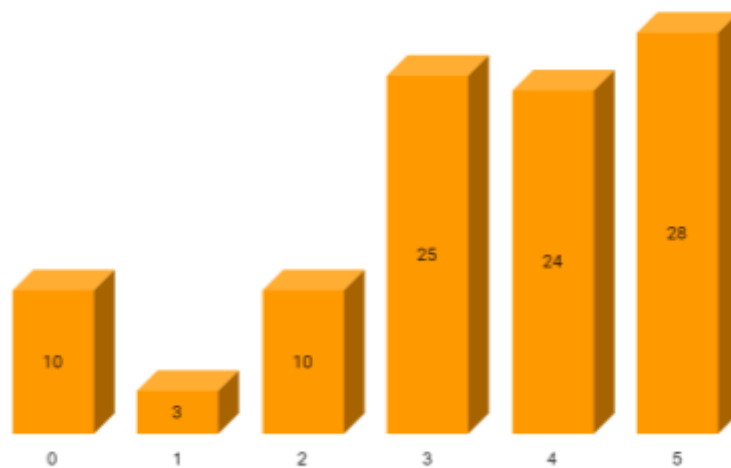
En general las personas valoraron de manera positiva el acceso a MAC en el sistema público. El 70% de las personas calificaron entre 4 y 5, con un mayor porcentaje al 5 (49%) y, por consiguiente, ninguna persona calificó en 0 y sólo el 11% calificaron entre 1 y 2.

A pesar de que las personas encuestadas manifiestan que un 60% de las dificultades de acceso a MAC que enfrentaron, previas a la IVE/ILE, fueron en el sistema público de salud, su valoración fue positiva, por lo que, puede inferirse por alguno de los comentarios, que luego de acceder a la IVE/ILE a través del PMSSyR, tuvieron la posibilidad de acceder al MAC de su elección en el marco de este acompañamiento. Lo que mejoró su percepción sobre la libertad de elección en el MAC y sobre el acceso en el sistema público de salud.

En este sentido, se ponen en valor ciertas decisiones gubernamentales que otorgaron visibilidad y jerarquía a los DSDR y han dotado de personas capacitadas para la conformación de los equipos y los esfuerzos del equipo del Programa por incorporar el modelo de consejería en SSyR en la garantía de DSDR (Compagnon, Bórmida Carriquiri, 2020).

El siguiente gráfico muestra en porcentajes, la calificación otorgada entre el 0 y el 5 (siendo el 0 el más deficiente y 5 el óptimo) según las personas encuestadas al acceso a métodos anticonceptivos a través del sistema de seguridad social y subsistema privado en el sector privado de salud de Olavarría (consultorios privados, clínicas privadas, farmacias, etc.):

Ilustración 5: Valoración del sector privado de salud



Fuente: elaboración propia

Con respecto a la calificación en el sector privado de salud, el 52% de las personas calificaron entre 4 y 5. Un porcentaje inferior a la calificación otorgada al sistema público de salud que en el punto 5 obtuvo casi la misma calificación. Se mantuvo un porcentaje equitativo entre las calificaciones 3, 4 y 5, el 13% calificaron entre 1 y 2. Y, a diferencia con el sistema público de salud que no obtuvo calificación 0, el 10% calificó en 0 al sector privado.

Procesos de mejora en la atención

El 72% de las personas encuestadas considera que es necesario mejorar la calidad en la atención de la salud a nivel local, mientras que el 28% de las personas considera que no es necesario.

De la participación de las personas usuarias en las encuestas, surge la necesidad de que los equipos de salud, tanto en el sistema público como en el sistema de seguridad social y subsistema privado de salud, puedan brindar una atención de calidad desde una perspectiva integral y fortalecer a los equipos con

capacitaciones y actualizaciones, para incorporar una atención empática que brinde información científica y actualizada de manera clara, completa e integral a las personas usuarias, que priorice las decisiones libres y autónomas de las personas sobre el cuidado de su propio cuerpo (DNSSyR, 2018).

Por otro lado, desde un aspecto organizacional, se identifican dificultades en la gestión, planificación y distribución de insumos para evitar faltantes, a la vez que, se exponen las exigencias de trámites burocráticos para lograr las atenciones y/o la garantía de MAC junto a un sistema de turnos poco accesibles, que no contemplan a las consultas de SSyR como esenciales y urgentes (MSPBA, 2021). De esta manera, aparecen deficiencias de manera estructural en la organización de los sistemas de salud que, a su vez, desvaloriza el trabajo de los equipos de salud, por lo que, se pone en evidencia la desjerarquización de los equipos de salud que limita la capacidad de dar respuestas a las demandas y necesidades en SSyR (Rossi Rodríguez, 2014).

Con respecto a, las categorías vinculadas a los motivos por los que las personas se encuentran con dificultades en el acceso a los MAC. En lo que refiere a los costos de los MAC, las personas refirieron no estar informadas sobre las leyes que garantizan el acceso gratuito a los métodos (DNSSyR, 2023) y que, en muchas, oportunidades debieron discontinuar el uso del MAC habitual por no poder comprarlo, a la vez que, refirieron dificultades de acceso a MAC de larga duración y a MAC quirúrgico por el costo en el sector privado de salud.

En relación con la exigencia de trámites, resultó ser un obstáculo para acceder tanto a los métodos, como a las atenciones y prácticas médicas vinculadas a estos, tanto en el sistema público, como a través del sistema de seguridad social y el subsistema privado de salud, lo que genera que las personas vayan de un lado a otro para completar tareas administrativas y burocráticas exigidas por el sistema de salud.

En otro sentido, en vinculación con la falta de información, se hizo evidente que estuvo presente en las dificultades referidas por las personas desde distintos sentidos. Por un lado, desde las personas usuarias y los pocos conocimientos sobre sus derechos, en general y sobre los DSDR, en particular. Por otro lado, en la información emitida por profesionales y equipos de salud al ser recortada, limitada e

incluso equivocada ya que, no se brinda el tiempo en las consultas para escuchar los deseos y necesidades de las personas con respecto al cuidado de su salud y de su SSyR, ni a explicar sobre la totalidad de los MAC disponibles, ni sobre el modo de uso adecuado de estos, ni de la gratuidad, etc. (DNSSyR, 2023). Finalmente, con respecto a la gestión de los sistemas de salud, en la falta de difusión y promoción de estos derechos para que sean conocidos por la sociedad en su conjunto.

En lo que se refiere a las dificultades de acceso a métodos por faltante de insumos, muchas personas refieren haber discontinuado su MAC de uso habitual por falta de stock en el lugar de retiro. Esto puede estar asociado a las dificultades en el abastecimiento y provisión en el sistema público de salud durante el contexto de pandemia por el COVID-19 (FPNU, 2020), a la vez que, puede asociarse a cuestiones vinculadas a falta de organización desde la gestión en salud local y/o al posicionamiento de profesionales y equipos de salud y sus concepciones sobre la SSyR y al acceso a MAC ya que sus prácticas están enfocadas mayormente en la prevención de enfermedades más que en la promoción de derechos (Petracci, 2005).

A propósito de la última categoría, vinculada a los motivos por los que las personas se encuentran con dificultades en el acceso a los MAC, las demoras y/o suspensión de turnos significaron dilaciones de acceso a los métodos para las personas que incluso se prologaron por más de un año para que pudieran acceder al MAC elegido. Aquí se evidencia la exigencia de tener que concretar un turno para acceder a un MAC, sin considerar a las consejerías en SSyR como esenciales y urgentes y que, en el caso de los métodos de corta duración no se requiere de la atención de profesionales médicos/as; en relación con, las demoras, los turnos se dilatan por meses, hay listas de espera para el acceso a ciertos MAC (ISD y MAC definitivo, irreversible) que pueden demorar años, además de, turnos que se suspenden y se reprograman en reiteradas ocasiones, etc. (MSPBA, 2021).

Finalmente, se recuperan las dificultades de acceso a MAC que las personas encuestadas reconocen con mayor frecuencia y, en función del sector de salud en que ocurren. Según lo que refieren en el sector público de salud, se asocian en mayor medida a la falta de insumos, la falta de información brindada por profesionales y equipos de salud y la demora y/o suspensión de turnos, mientras que, en el sector privado de salud, las situaciones se asocian a la falta de

información brindada por profesionales y equipos, la exigencia de trámites y los costos de los insumos, las consultas y las prácticas asociadas a estos.

3. Entrevistas en profundidad

Esta investigación tuvo como tercera herramienta, entrevistas en profundidad realizadas a cinco de las personas que refirieron haber enfrentado dificultades para el acceso a MAC en las consultas por solicitudes de IVE/ILE durante los años 2021 y 2022 en el PMSSyR y que, posteriormente completaron la encuesta. Estos datos fueron nucleados en cuatro grandes ejes, con el objetivo de poner en diálogo los discursos de las personas entrevistadas, los de quién investiga y los conceptos marco:

- a. Atención en salud
- b. Conocimiento sobre los Derechos Sexuales y Derechos reproductivos y no reproductivos
- c. Autonomía en la elección del MAC
- d. Percepciones sobre los procesos de mejora en la atención

a. Atención en salud

A partir de esta primera dimensión construida, se da cuenta de las experiencias de las personas entrevistadas en el sistema de salud, tanto en su tránsito por el sector público como por el privado. Este agrupamiento permitió constatar que están atravesadas por un modelo de atención en salud tradicional (DNSSyR, 2018).

En este sentido, las personas dan cuenta de la falta de información, en general, sobre los procesos que acompañan los cuidados de su salud y, en particular, sobre la variedad de MAC disponibles y de distribución y entrega gratuita, a la vez que, la falta de información sobre el uso adecuado y su eficacia; según refieren, en la mayoría de los casos, profesionales y equipos de salud, realizan indicaciones de uso de métodos, sin dedicar el tiempo necesario en la consulta para la explicación, aclarar dudas y realizar una escucha activa sobre las necesidades y decisiones de las personas. Por otra parte, relatan que se han encontrado con la falta de conformación de equipos estables en los CAPS, lo que dificulta construir

vínculos de confianza y la realización de seguimientos, además de, encontrarse con demoras en las atenciones y suspensión y reprogramación de turnos.

En primer lugar, las personas refieren que tanto quienes tienen mayor experiencia en atención en el sector privado de salud como quienes han recibido atenciones en el sector privado, es *escasa la información* que brindan profesionales y equipos de salud sobre los cuidados, en general, y sobre los MAC, en particular. Coinciden en que, los tiempos que se dedican a las atenciones y a la escucha de las necesidades, dudas y consultas son escasos y que para poder acceder a estas, en muchas ocasiones han tenido que exigirlos, pero coinciden que lograr ese posicionamiento, no es sencillo.

“Los[/as] profesionales no se toman el tiempo de explicar o te dicen de dos métodos nada más y vos no sabes del resto. Si una no va y no pide y no exige no te dan la información” (Melisa, entrevista personal, 2 de febrero de 2024).

Vinculado a lo último que menciona la usuaria, sobre la exigibilidad a la hora de que los/as profesionales brinden la información necesaria, de manera clara, científica y actualizada (DNSSyR, 2018), otra de las entrevistadas refiere que en su experiencia, para lograr acceder a una atención y que, profesionales y equipos de salud se tomen el tiempo necesario para explicarse de manera completa, es necesario tener cierta información sobre cuáles son los derechos de las personas usuarias y las obligaciones de los equipos de salud. Esta refiere que, cuando se tiene ciertos conocimientos se tienen otras oportunidades y reflexiona, sobre una situación en la que realizó una consulta en el HMHC sobre MAC y le dijeron que como tenía obra social no la podían atender, refiere que si hubiese sabido que la tienen que atender igual y garantizarle el mismo, lo hubiese exigido.

Se puede apreciar en esta experiencia en el sistema público de salud, particularmente en el HMHC, que le fue negada la atención, en particular, el acceso a un MAC por tener obra social, sin contemplar la atención en MAC como esencial y urgente (MSPBA, 2021).

En general, las personas entrevistadas coinciden sobre la importancia de *estar informadas sobre sus derechos como usuarias y de las obligaciones de profesionales y equipos de salud* ya que, esto les permite exigir frente a situaciones que generen obstáculos y/o dificultades en el acceso a las atenciones y a los MAC.

Por otro lado, otra de las personas entrevistadas cuenta sobre su experiencia en el CAPS de su barrio y las dificultades con las que se ha encontrado vinculadas a la falta de conformación de equipos estables en el Primer Nivel de Atención (PNA), a la vez, menciona la falta de compromiso con que se ha encontrado dependiendo de la personas que estén para atender, además de encontrarse con ciertas dificultades para acceder a los turnos.

Aquí, es importante hacer mención a una reciente investigación local llevada adelante por Lestrada (2024) en donde, se reconoce que profesionales de la salud plantean intenciones de querer sostener las prácticas que configuran las bases de la Atención Primaria de la Salud (APS) pero que las condiciones de trabajo en los CAPS se traducen en dificultades por:

Determinantes vinculados a falta de apoyo de las autoridades, perfiles políticos que priorizan la gestión de resultados más que de procesos, escasa carga horaria, poliempleo, falta de conformación de los equipos del PNA, ausencia de lineamientos claros y acompañamiento desde niveles superiores en APS (p.67).

En este sentido, reconocen, entre otras cosas, el agotamiento de las personas que desarrollan sus actividades en salud y la falta de conformación de equipos de trabajo estables y duraderos, para el desarrollo de las prácticas con compromiso y desde la integralidad (Lestrada, 2024). En relación con este tema, Luciana, también refiere a la fragmentación que existe en el sistema de salud y de cómo se naturaliza la falta de “humanidad” en las prácticas de salud.

“El sistema de salud está bastante fragmentado y también desde el propio profesional, eso es lo que desde siempre, no sé si me llamó la atención porque es como que ya te acostumbrás a la falta de humanidad” (Joselina, entrevista personal, 31 de enero de 2024).

A esto, le suman sus sensaciones de incomodidad frente a la falta de tiempo dedicado a las atenciones y la falta de acompañamiento por profesionales y equipos de salud, lo que identifica como cierto desinterés y la concepción de las personas como objetos y no como sujetos.

Con respecto a, la *demora y/o suspensión de turnos* para la atención, en lo vinculado al sector privado de salud, dos de las personas entrevistadas no tienen referencias negativas ya que, alegan que la atención es más ágil y sin demoras, mientras que, otra de las personas refiere que ha tenido una experiencia diferente, por un lado, menciona demoras para acceder a los turnos de más de un mes y que, a pesar de que estas cuestiones suelen estar mayormente asociadas a las atenciones en el sistema público de salud, ella lo ha experimentado, en mayor medida en el sector privado. Por otro lado, refiere la falta de tiempo que dedican los/as profesionales y equipos de salud en las consultas para la escucha de necesidades, para despejar dudas y para explicar las prácticas, el qué y el para qué de ciertos estudios, etc. que hacen a los cuidados del propio cuerpo y de la propia salud.

Esto último, puede estar asociado al *rol de poder que asumen profesionales y equipos de salud* en donde el único saber validado y legitimado es el propio y no se concibe a las personas usuarias con sujetos activos en los procesos de los cuidados de su salud y, sobre todo, a sus concepciones sobre la SSyR y al acceso a MAC desde un posicionamiento biologicista y no de derechos (Petracci, 2005).

Con respecto a este primer eje, una de las personas entrevistadas, añade parte de su experiencia durante el parto de su hija, en el sector privado de salud. Esta experiencia, hace evidente el rol que asumen profesionales y equipos de salud sobre las decisiones de los procesos y los cuidados de la salud de las personas usuarias, lo que da cuenta de atenciones basadas en el modelo médico hegemónico de salud (DNSSyR, 2018). Esta atestigua lo siguiente:

“Tuve parto natural pero fue como súper programado” (Luciana, entrevista personal, 18 de enero de 2024).

La usuaria cuenta que, con los años pudo tomar conciencia ya que, concurrió a una consulta de control de embarazo (cercana a la fecha probable de parto pero, sin sintomatología aun) y, como la ginecóloga tenía una cesárea programada ese día en la clínica por la tarde, “aprovechó” y la citó, luego le dio una medicación -qué ella no comprendió qué era- y le indicó que iniciaría con contracciones para que se produzca el parto.

En este marco, se puede ver que profesionales y equipos de salud asumen un rol de poder en el vínculo con las personas usuarias y que, muchas de las prácticas en salud tienden a vulnerar derechos (Tobar, 2022). Estas prácticas, se encuentran naturalizadas, aun, cuando las decisiones de los equipos de salud tienen una implicancia importante en la vida de las personas y, en ocasiones toma mucho tiempo, incluso años, poder ponerlas en palabras y tomar conciencia de ellas. De hecho, hace referencia que, su parto fue “natural” a pesar de que se le realizaron procedimientos para que se produzca en un momento dado, lo que da cuenta de ciertas representaciones aun presentes en lo que hace a un parto “natural” o no²².

Finalmente, las personas coinciden en que sus experiencias en relación al acceso a la información sobre la variedad de MAC disponibles, su uso adecuado y efectividad, a la vez que, el acceso a estos, se vieron modificadas de manera positiva luego del acceso a la IVE/ILE y de su experiencia con las atenciones mediadas por el equipo del PMSSyR.

Entre los hallazgos de este eje, se identifica que, las experiencias de las personas en su tránsito por el sistema de salud, ya sea en el sistema público como en el sistema de seguridad social y el subsistema privado, se enmarcan en un modelo de atención tradicional (Tobar, 2002), en donde las personas usuarias cumplen un rol limitado, supeditado a las decisiones de profesionales y de quienes conforman los equipos de salud y, sobre todo, se identifica la falta de información ofrecida a las personas sobre las prácticas médicas que acompañan el cuidado de su propio cuerpo y su salud, en coincidencia con las investigaciones de Petracci (2005), prácticas enfocadas mayormente en la prevención de enfermedades más que en la promoción de derechos.

b. Conocimiento sobre Derechos Sexuales y Derechos reproductivos y no reproductivos

En este segundo agrupamiento, se recuperan los conocimientos de las personas entrevistadas sobre los DSDR y las leyes que los protegen y, se pudo observar que, muchas de las personas usuarias de los sistemas de salud no

²² El objeto de esta investigación no busca problematizar sobre estas representaciones, pero se identifica la importancia de darle visibilidad ya que, pueden constituirse en objeto de próximas investigaciones.

conocen las leyes que garantizan el acceso gratuito a los MAC, lo cual puede verse en los relatos de las personas entrevistadas. Por otro lado, los relatos de las personas entrevistadas dan cuenta de *la falta de capacitación y actualización por parte de profesionales y equipos de salud* que no brindan información completa científica y actualizada sobre el acceso a los DSDR y a los MAC.

En relación con estos hallazgos, una de las personas usuarias, relata que conoció las leyes sobre los DSDR después de que accedió a la IVE/ILE a través del Programa. Reflexiona sobre la importancia de conocer estos derechos ya que, las mayores dificultades que ha tenido se vinculan a la falta de información, sobre todo refiere que de haber contado con la información necesaria:

“Tal vez no hubiese tenido que pasar por lo que pasé si hubiera tenido la información desde antes” (Julieta, entrevista personal, 1 de febrero de 2024).

En este sentido, incluye la necesidad de difundir estos derechos en el ámbito educativo, por ejemplo a través de charlas, temas transversales en el marco de la aplicación de la Ley 26.150 (2006) de Educación Sexual Integral (ESI) y que, como recupera la investigación de Astudillo (2023):

El Estado Nacional, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen la responsabilidad principal e indelegable de proveer una educación integral, permanente y de calidad, garantizando la igualdad, gratuidad y equidad en el ejercicio de este derecho, con la participación de las organizaciones sociales y la familia (p.129).

Por lo que, puede decirse que la ESI trasciende el ámbito escolar, genera articulaciones entre diversos/as actores/actrices que constituyen interacciones necesarias para el desarrollo de la vida social y comunitaria lo que, produce un impacto directo en las relaciones interpersonales. En consonancia con las investigaciones de Pecheny y Petracci (2006), se destaca que más allá de la traducción de estos derechos en políticas públicas y legislaciones, está visto que esto no es suficiente ya que, se requiere de ciertas condiciones y recursos materiales y simbólicos para el pleno ejercicio de los derechos que no están universalmente disponibles para el conjunto de la sociedad.

En relación con, la falta de información, otra de las personas entrevistadas, también menciona no contar con información sobre la gratuidad de los métodos, la llevó a suspender la toma por no tener dinero para comprarlas ya que, cuando era adolescente fue a una consulta con una médica ginecóloga que le indicó las pastillas, a partir de allí, las comenzó a comprar porque le habían dicho que su obra social no las cubría y desconocía de la entrega gratuita en el sector público de salud. Aquí se da cuenta de relaciones de interseccionalidad existentes entre clase y género, lo que profundiza las desigualdades entre las personas para acceder a los derechos, en particular a los DSDR (Perrotta, 2010).

“Creía que como tenía obra social tenía que pagar” (Florencia, entrevista personal, 24 de enero de 2024).

Como puede verse en esta afirmación, los estereotipos ligados a la SSyR, construyen representaciones de que las personas deben hacerse cargo de lo que refiere a su reproducción/no reproducción además de que, las cuestiones vinculadas a la anticoncepción son responsabilidades exclusivas de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar y no son concebidas como una responsabilidad de la salud pública, como un derecho a ser garantizado por el Estado (Ley 25.673, 2002).

Este modelo se caracteriza por la ausencia de los varones cis²³ como responsables de las prácticas vinculadas a la reproducción y la no reproducción, lo que obliga a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar a asumir de manera exclusiva esta responsabilidad. Esto se constituye en condicionantes de las vivencias y de las decisiones sobre la SSyR. Los obstáculos al ejercicio libre de los DSDR disminuyen sus capacidades para aprovechar las oportunidades, lo que sumado a la escasa presencia aún, en el sistema político para la mayoría de ellas (más aún si estas son migrantes, afrodescendientes, con discapacidad, etc.) pone en evidencia las limitaciones al crecimiento económico que se encuentran tanto en el mercado como en la familia (ONU Mujeres, 2017).

Por otro lado, se halló que existe un contraste entre las atenciones recibidas en el sector privado y en el sector público en función de lo relatado por una de las usuarias. Esta refiere que, al consultar por la IVE/ILE, en el sector público, recibió un

²³ Refiere a varones que se identifican con el género que les fue asignado al nacer.

acompañamiento empático y se le brindó información integral. También relata que el único MAC que conocía, hasta ese momento eran las ACO; esto refuerza el hecho de que es el método mayormente utilizado por las personas usuarias por ser el más conocido y el que suelen recomendar profesionales y equipos de salud, limitando el conocimiento que tienen las personas con respecto a la diversidad de MAC disponibles y garantizados por el marco normativo vigente.

Asimismo, otra de las entrevistadas también destaca que pudo conocer sobre los DSDR y los métodos garantizados por ley, luego de acceder a la IVE y de su tránsito por el sistema público de salud a través de la atención recibida por parte del equipo del PMSSyR. Mientras que, otra de las personas, refiere algo similar y amplía, este punto, al mencionar que, la falta de información sobre los MAC disponibles y la gratuidad es generalizada ya que, lo ha comentado con su grupo de pares, quienes tampoco conocían estos derechos, lo que vuelve recurrente cuestiones vinculadas a las relaciones de interseccionalidad que profundizan las desigualdades en el acceso a los DSDR.

“Ahora las conozco, gracias a ustedes...Antes del aborto no sabía que los métodos anticonceptivos eran gratuitos, yo pensaba que en las salitas sólo daban las pastillas” (Julieta, entrevista personal, 1 de febrero de 2024).

Por su parte, otra de las personas usuarias refiere que, si bien no conocía las leyes que garantizan el acceso a los MAC, tenía conocimiento sobre la *obligación de garantía* de los métodos en los CAPS, como por ejemplo del ISD pero, tuvo dificultades para acceder a los turnos y, no pudo acceder al mismo ya que sólo le ofrecían las ACO y era un método que no le brindaba los resultados que esperaba y, relata que por ello, tuvo que pasar por un aborto y no le resultó una decisión fácil de tomar.

Según las personas entrevistadas, los/as profesionales y los equipos de salud presentan algunas dificultades al momento de aplicar la legislación vigente que garantiza los DSDR en general y, los MAC en particular. A su vez, identifican que, estos/as tienen la obligación de conocerlas y cumplirlas y que, el hecho de que, las personas usuarias no conozcan sus derechos y las leyes que los protegen limita sus posibilidades de exigir por el cumplimiento de estos.

En este sentido, los relatos de las personas entrevistadas dan cuenta de la falta de capacitación y actualización por parte de profesionales y equipos de salud al referenciar el desconocimiento y/o la falta de garantía de los derechos vigentes en el marco normativo (nacional, provincial y local), además de las limitaciones a la hora de brindar información completa, científica, actualizada y unificada en el sistema de salud (DNSSyR, 2018). Esto se ve reforzado por lo comentado por Melisa:

“Los equipos de salud, o conocen las leyes y no las respetan o no las conocen. Nadie te explica nada. No tienen la información actualizada, o no te la quieren dar... Tuve que hacerme un aborto porque yo no sabía que si tomas muchos medicamentos baja el efecto del método” (Melisa, entrevista personal, 2 de febrero de 2024).

Por su experiencia, luego de acceder a la IVE, Julieta hace una diferenciación con relación a los derechos garantizados entre el sistema público y el sistema de seguridad social y el subsistema privado, tanto en relación con la IVE como en lo vinculado a MAC. Esta relata que, en el sector privado no pudo acceder a la información, ni al DIU que era el MAC que había elegido ya que, su ginecólogo, le decía que era muy caro; pero que, a través de las atenciones mediadas por el equipo del Programa, pudo acceder a la información y a la garantía del MAC al coordinar los turnos para colocárselo en el sector público de salud. Esto, también, lo refuerza el relato de Luciana, que refiere que luego de acceder a la IVE, logró acceder a la información y elegir el MAC que le interesó más.

En función de lo recuperado hasta este punto, las personas coinciden que, en general, las mayores dificultades en el acceso a los MAC están vinculadas a la falta de información sobre los DSDR y las leyes que los protegen. En este punto, se da cuenta de la escasa apropiación y conocimiento sobre estos derechos por parte de las personas usuarias (Rossi Rodríguez, 2014), a la vez que, se da cuenta de la falta de capacitación y actualización de profesionales y equipos de salud para brindar información completa, científica y actualizada a las personas en las consultas por SSyR. Además, las personas refieren que, una vez que se acercaron al Programa para consultar por IVE pudieron acceder a la información que, antes desconocían sobre sus DSDR, lo que valoran de manera positiva.

c. Autonomía en la elección del MAC

En este tercer agrupamiento, autonomía en la elección del MAC, se busca dar cuenta sobre la percepción de las personas entrevistadas con respecto a la libre elección de los MAC y las dificultades que han tenido en el acceso a estos, en el sistema de salud.

Alguna de las cuestiones que las personas refieren limitan su autonomía en la elección del MAC están vinculadas mayoritariamente a la falta de información, el faltante de insumos, la falta de seguimiento por parte de profesionales y equipos de salud de los procesos vinculados a la garantía de MAC, la falta de conformación de equipos estables y duraderos, la negación del MAC elegido por las personas usuarias por los prejuicios y por el posicionamiento de profesionales y equipos de salud y sus concepciones sobre la SSyR y el acceso a MAC, sumado al control que ejercen sobre los cuerpos y los cuidados de la salud de las personas.

En un primer momento, se vuelve a observar, la falta de información que brindan profesionales y equipos de salud, no sólo de la variedad de MAC disponibles, sino también de la gratuidad, tanto en el sistema público, como por la cobertura de las obras sociales y prepagas. Además, se da cuenta de la indicación de ciertos MAC, en donde profesionales y equipos de salud, no brindan la información completa sobre el uso adecuado como es el caso de los métodos recomendados durante la lactancia y la información sobre el período considerado de lactancia exclusiva (durante el cual son indicados unos métodos y no otros), así como de las formas de administración de los mismos.

Por otro lado, en los relatos se hace evidente la falta de seguimiento de las atenciones que realizan profesionales y equipos de salud ya que, en algunos casos refieren las dificultades para acceder a los turnos de control una vez que accedían a un MAC de larga duración, también relatan que se les recomendó un MAC que no podían asegurar continuidad, a la vez que, en otros casos se les recetó el método indicado para la lactancia aun cuando ya había dejado de amamantar.

Estas prácticas se traducen en obstáculos para el acceso a derechos y se alejan de los principios establecidos en el marco del modelo de atención de las consejerías en SSyR, en el que profesionales y equipos de salud tienen la obligación de brindar la información completa, científica y actualizada sobre los DSDR (DNSSyR, 2018).

Por su parte, Florencia relata que, hace dos años, se había colocado el DIU en el sector privado y que, mientras que al método se lo cubrió su obra social, tuvo que pagar la atención y la práctica médica, porque no sabía de las leyes que garantizan su gratuidad y, luego de unos meses, de manera espontánea lo expulsó. Como consecuencia, esta atestigua:

“Tuve que pasar el proceso [IVE], pensarlo y son un montón de cosas, no es fácil” (Florencia, entrevista personal, 24 de enero de 2024).

El relato de Florencia, da cuenta sobre las posibles consecuencias de la falta de control y seguimiento de las personas que eligen MAC de larga duración, en este caso la llevó a atravesar un embarazo no intencional por lo que tuvo que tomar la decisión de solicitar una IVE, lo cual, según relata no fue un proceso sencillo. Por otro lado, da cuenta de la falta de conocimiento sobre la responsabilidad de profesionales y equipos de salud de garantizar la gratuidad, tanto del método, como de la colocación y extracción (Resolución 2922, 2019).

Por su parte, otra de las personas entrevistadas, hace mención a la menor disposición de ciertos insumos en sectores determinados del sistema público de salud y, refirió que debido a faltantes del MAC elegido tuvo que realizar un cambio de método. Esto pudo estar asociado al contexto de pandemia por el COVID-19, lo que como se mencionó antes, generó dificultades en el abastecimiento y la provisión de algunos insumos en el sistema público de salud (FPNU, 2020), a la vez que, puede asociarse a cuestiones vinculadas a la gestión del sistema de salud local y su organización y/o al posicionamiento de profesionales y equipos de salud y sus concepciones sobre la SSyR y al acceso a MAC ya que sus prácticas están enfocadas mayormente en la prevención de enfermedades más que en la promoción de derechos (Petracci, 2005).

Por otra parte, Melisa hizo referencia a la negativa de acceso a un MAC quirúrgico definitivo en su último parto, por decisión deliberada del equipo de salud que la atendió, sin respetar sus decisiones y derechos. Este relato, da cuenta de la falta de escucha por parte de profesionales y equipos de salud sobre las decisiones y las necesidades de las personas usuarias y, del rol de poder ejercido por estos y, avalado por un modelo de salud tradicional, al tomar decisiones sobre el cuerpo de las personas y el cuidado de su salud sin considerarlas como sujetos de derechos,

activos en los procesos vinculados a los cuidados de su propia salud. En este sentido, Sampayo (2022) sostiene:

Se da la persistencia de prácticas de los/as profesionales de la salud que tensionan y problematizan las acciones previstas, como la negativa a prescribir y/o entregar anticonceptivos a adolescentes, a realizar intervenciones de anticoncepción quirúrgica, o a distribuir los métodos anticonceptivos que consideran abortivos (p.21).

Por su parte, Melisa comparte la experiencia de su nuera, en donde le sucedió algo similar, en el momento en que solicitó un método anticonceptivo de larga duración. Según refiere, solicitó la colocación del implante subdérmico a una médica ginecóloga en el HMHC y, le dijo que ella solamente le recomendaba el uso de las pastillas anticonceptivas porque no estaba de acuerdo con el uso de dicho MAC ya que, consideraba que tenía consecuencias para su salud el uso de este tipo de hormonas. La entrevistada reflexiona sobre la imposición de la decisión de la profesional por sobre las decisiones de la persona usuaria en relación al MAC elegido y, resalta la responsabilidad de profesionales y equipos de salud de brindar información completa y objetiva de todos los métodos disponibles para que las personas puedan elegir libremente el que se adapte mejor a sus necesidades y acompañar esas decisiones en la garantía de sus derechos.

En esta línea, otra de las personas entrevistadas relata que, antes de acceder a la IVE/ILE, se sentía muy limitada en la elección del MAC ya que, había solicitado colocarse un DIU pero, en el sector privado, quien la atendió no contempló esta posibilidad, al darle muchas excusas para que continúe con las ACO y decirle que era un método caro que no cubría la obra social sin garantizar su acceso gratuito según lo establecido por la Resolución 2922 (2019). También, destaca que a diferencia de lo que sucede en el sector privado, en el sector público circula la información sobre los DSDR de varias maneras e incluso pudo apreciar carteles informativos en todos los lugares recorridos desde el acceso a la IVE.

En este sentido Contini (2022), quien se propuso indagar sobre los discursos que brinda el personal encargado de entregar métodos anticonceptivos en dos Centros de Atención Primaria de la Salud del Partido de Olavarría, señaló:

Al realizar las entrevistas, en los edificios donde funcionan los CAPS, se pudo observar cómo ambas cuentan con folletería y afiches sobre anticoncepción, derechos sexuales y derechos reproductivos (p.77).

En los relatos se reitera que, en muchas ocasiones la única opción de MAC que ofrecen los/as profesionales y los equipos de salud son las ACO, sin brindar información de la diversidad de métodos disponibles y garantizados por ley, sin considerar la elección de las personas usuarias, ni las necesidades y particularidades de cada situación.

“No siento que antes podía elegir el método que quería, justamente, los ginecólogos...siempre quieren que vos tomes pastillas anticonceptivas y, en mi caso, yo no las tolero, las vomito y no lo entienden, te quieren encajar sí o sí las pastillas. Nunca me comentaron de otro método” (Julieta, entrevista personal, 1 de febrero de 2024).

En relación con este punto, Luciana hace una diferenciación entre las posibilidades de libre elección que pudo identificar en su experiencia en las atenciones del sector privado y del sector público. Esta afirma que, no tuvo la posibilidad de elegir libremente el MAC en el sector privado pero, luego de la IVE, sí pudo acceder al MAC elegido en el sector público.

Por su parte, en relación con las diferencias existentes en los modos de atención dentro del sistema público, Melisa menciona que, en muchas ocasiones depende de la persona que realice la atención, se puede acceder a una atención personalizada y privada, con el tiempo que se requiere para acceder a la información completa y actualizada. Aquí, se evidencia que tener una atención que garantice derechos, en muchas oportunidades, está asociada a ciertas condiciones dadas por la persona que realice la atención, lo que finalmente depende de voluntades individuales por parte de profesionales y equipos de salud para dar o no garantía de los DSDR y, específicamente, de los MAC, lo que depende de sus propios posicionamientos y concepciones (Petracci, 2005).

En este sentido, Joselina da cuenta de la heterogeneidad en el sistema público de salud y la falta de un modelo de atención común ya que, en su CAPS habitual de atención no pudo acceder a la IVE/ILE, ni al MAC elegido, pero luego de las atenciones mediadas por el equipo del Programa, pudo acceder a estos

derechos en otro CAPS. Por lo que, da cuenta de que depende del lugar en el que las personas se atiendan o incluso, como también refiere Melisa, de los/as profesionales y/o equipos que realizan las atenciones, se refieren experiencias muy diferenciadas en el acceso a los DSDR. Esto da cuenta de cierta fragmentación en el sistema de salud (Tobar, 2002).

Finalmente, se vuelve a identificar que luego de acceder a la IVE a través del Programa, les fue posible encontrar otras respuestas para el acceso a MAC a diferencia de las atenciones espontáneas de las personas en los CAPS, en el HMHC y/o el sector privado. Esto puede deberse a que los equipos no trabajan en el marco de un modelo de atención integral en salud con perspectiva de género, sino que depende de ciertas personas y profesionales de la salud con las que el equipo del Programa articula directamente, lo que depende de voluntades individuales de profesionales y equipos de salud.

“Yo, ahora, puedo elegir libremente el método que quiero porque lo exigí y después del aborto porque me puse en contacto con ustedes y siempre que tengo un problema, les escribo y se resuelve” (Melisa, entrevista personal, 2 de febrero de 2024).

En síntesis, las personas refieren que a lo largo de sus experiencias en el sistema de salud, no han sentido la libertad de poder elegir el MAC ya que, no han recibido la información completa, científica y actualizada en las atenciones con profesionales y equipos de salud, la falta de seguimiento de los procesos vinculados a la garantía de los MAC y que, en ocasiones, sólo se les han recomendado y facilitado el uso de las ACO como único MAC. A su vez, estas dificultades de acceso pueden tener distintas consecuencias como atravesar una situación de embarazo no intencional que puede llevar a una maternidad forzada o a requerir una IVE/ILE, lo que las personas atraviesan con ciertas dificultades en lo concerniente a la toma de decisiones, etc. Por otro lado, en general, las personas entrevistadas refieren que, luego de acceder a la IVE/ILE, lograron acceder a la información completa, científica y actualizada y al MAC elegido.

d. Percepciones sobre los procesos de mejora en la atención

Para este último punto, sobre los procesos de mejora en la atención, las voces de las personas entrevistadas se constituyen en una herramienta valiosa que permitirá pensar en estrategias de mejora del sistema de salud ya que, son quienes pueden dar cuenta de lo que necesitan para poder obtener una atención en salud de calidad.

Con relación a los procesos de mejora en la atención, las personas coincidieron en la importancia de fortalecer el acceso a la información general sobre los cuidados de los procesos de salud y del propio cuerpo como del acceso a los DSDR y a los MAC, por otro lado, referencian la necesidad de mejorar el acceso a la atención y de agilizar el sistema de turnos, a la vez que encontrar otros espacios de difusión como la realización de charlas y talleres destinados a la comunidad en su conjunto, además de la capacitación y actualización permanente de profesionales y equipos de salud.

A propósito de la mejora en la atención, Luciana señala la necesidad de fortalecer el acceso a la información, tanto en las consultas con profesionales y equipos de salud, como en otros espacios de difusión, así como también el acceso a la atención y a los turnos.

Por su parte, Florencia plantea la necesidad de mejorar la atención, en donde se brinde la información completa y con la dedicación del tiempo que se requiera para que las personas comprendan, también plantea la necesidad de mejorar los circuitos de información ya que, según refiere en ocasiones dentro del mismo Hospital no tienen la información necesaria para asesorar y guiar a las personas sobre el lugar al que concurrir frente a consultas específicas. Por otro lado, resalta la importancia de realizar charlas y talleres informativos que promuevan los DSDR en diversos espacios e instituciones, como también destinados a la comunidad en su conjunto.

En este sentido, en investigaciones locales como la de Lestrada (2024) se da cuenta de las dificultades que presentan los equipos de salud para poder conformar equipos estables e integrales para el desarrollo de actividades vinculadas a promoción de derechos y llevar adelante las actividades que les competen, debido a las rotaciones de personal, las incorporaciones de personas sin formación específica a los equipos de APS, además del agotamiento del personal por las

situaciones de poliempleo, la falta de apoyo por parte de la gestión en salud a nivel local y las condiciones que generan el desarrollo del propio trabajo en soledad.

Por su parte, Melisa expresa que la mayoría de los/as profesionales y equipos no tienen la capacitación necesaria para poder brindar la información y que, deberían capacitarse para poder entender la importancia de esto, para que en todos los centros de salud puedan brindar una atención igualitaria, que contemplen las particularidades de cada situación, lo cual da cuenta de la necesidad de que el modelo de Consejerías en SSyR se incorpore como parte de un modelo común en todos los centros de salud (DNSSyR, 2018). En este sentido, Josefina reconoce las diferencias en la atención entre un CAPS y otro ya que, en el lugar en el que se atiende habitualmente no pudieron garantizar su atención para el acceso a la IVE - aunque reconoce que le facilitaron la información del Programa-, ni para acceder al MAC de su elección pero, sí pudo acceder a estos derechos concurriendo a otro CAPS.

Asimismo, tanto Melisa como Julieta mencionan la importancia de que sea obligatorio para los/as profesionales y los equipos brindar la información y, como comentó antes Florencia, aunque no sea el lugar correcto para la consulta que se requiere, puedan orientarles y facilitar las indicaciones necesarias para que las personas puedan concurrir al lugar indicado.

Finalmente, las personas entrevistadas referencian que en sus experiencias por sus tránsitos en el sistema de salud, tanto a través del sistema público como del sistema de seguridad social y del subsistema privado han atravesado múltiples situaciones que se tradujeron en dificultades para el acceso a los DSDR y, específicamente, a los MAC. A su vez, se recupera que luego de acceder a la IVE/ILE, a pesar de haberse tratado de un proceso que, en general, consideraron difícil que puede estar atravesado por sentimientos de angustia, el acompañamiento por parte del equipo del Programa alivió el momento y, a partir de esas atenciones lograron acceder a la información, a la vez que, al MAC elegido.

“La verdad que el acompañamiento que hicieron cuando tuve el IVE, fue algo que me ayudó un montón y que fue súper necesario en ese momento y, literalmente, convirtieron algo muy tenso, en algo más liviano y eso se agradece un montón” (Julieta, entrevista personal, 1 de febrero de 2024).

Los distintos relatos dan cuenta de la importancia de garantizar un acompañamiento en el que se habilite un espacio de escucha, que se pueda brindar la información de manera clara y que, a la vez, sea información científica y actualizada. Esto posibilita que las personas usuarias se posicionen desde otro lugar en las consultas, permite que asuman un rol activo en el cuidado de su salud y les da lugar a exigir sus derechos (DNSSyR, 2018).

Esto permite pensar a la consulta como un espacio colectivo de construcción de conocimiento, de circulación de la palabra. Surge en todo momento la necesidad de acceder a la información desde diferentes espacios, en las consultas pero también en espacios educativos, a través de cartelera etc. En coincidencia con los hallazgos de Mattioli (2011) el acceso a la información, posiciona a las personas en un rol mayoritariamente activo en el cuidado de su cuerpo como del ejercicio autónomo de su sexualidad y en relación con su libertad reproductiva, lo que permite la posibilidad de tomar decisiones conscientes e informadas.

4. Dificultades de acceso a MAC

De lo analizado tanto de las fuentes primarias como secundarias, se recuperan algunos de los aportes más relevantes sobre las múltiples dificultades que reconocen las personas usuarias a la hora de acceder a los métodos anticonceptivos en el sistema de salud, en función de los sujetos involucrados:

- a. De las **personas usuarias**, se advierte que suelen no contar con la información necesaria para el reconocimiento de sus DSDR. Lo que, da cuenta de la importancia de conocer los derechos y las leyes que los protegen ya que, esto permite asumir un rol activo en el cuidado de la salud y, de esta manera, se posibilitan instancias de exigibilidad.

Como testimonian las investigaciones de Dapuez (2009) y Ramos Brum (2011), se coincide en el hecho de que existe un escaso conocimiento en torno al ejercicio de los derechos ciudadanos y de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la población, lo que se traduce en un condicionante para el libre ejercicio de esos derechos.

- b. De **profesionales y equipos de salud**, se repara sobre la poca, “casi nula” información que brindan sobre los DSDR, el poco tiempo que se dedica a las consultas para aclarar dudas y garantizar un espacio de escucha, que brinde

la información de manera clara y que, a la vez, sea información científica y actualizada que priorice las decisiones de las personas usuarias y no las decisiones de los equipos de salud por sobre los cuerpos y la vida de las personas. La falta de compromiso y empatía de algunas personas que conforman los equipos, la falta de seguimiento y continuidad de las atenciones, la dilación en las atenciones sobre SSyR, sin considerarlas como esenciales y urgentes, que se traduce en demoras y suspensión de los turnos.

Se coincide con los aportes de Mattioli (2011), en la que vincula estrechamente la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y el grado de involucramiento de los y las profesionales con las trayectorias de las personas usuarias. Lo que determina que el acceso a los DSDR depende de voluntades individuales por parte de profesionales y equipos de salud para dar o no garantía de los DSDR y, específicamente, de los MAC.

- c. Desde la **gestión de sistemas de salud**, de un aspecto mayoritariamente vinculado a lo organizacional, se nota de manera recurrente el faltante de insumos que genera discontinuidad en el uso del MAC elegido por parte de las personas usuarias, las fragmentaciones en los sistemas de salud, la falta de conformación de equipos estables en los centros de salud y la poca valoración de esos equipos, la necesidad de generar espacios de intercambio, capacitación y actualización para profesionales y equipos y, de esta manera, incidir sobre el acceso desigual presente en los distintos centros de salud. En este sentido, Contini (2022) plantea que existen “grandes diferencias a la hora de informar sobre MAC” (p.50) entre los/as profesionales y equipos que desarrollan sus prácticas en los diferentes Centros de Salud.

También, desde la gestión, se identifica que no se realizan acciones de seguimiento y/o monitoreo de las prácticas llevadas adelante por profesionales y equipos de salud ya que, en los espacios de salud se reproducen prácticas discriminatorias y estereotipadas que vulneran los derechos de las personas y, no se cuestionan, por los posicionamientos de poder existentes y naturalizados (Arhex, 2020).

Además, no se ha logrado garantizar la gratuidad de los MAC, tanto de los insumos, como de las colocaciones y extracciones y las prácticas que se

requieran para garantizar los DSDR y, ni se han podido reducir las exigencias de trámites administrativos y burocráticos que dilatan la atención.

Por último, promover el trabajo de los equipos de salud en articulación con las instituciones educativas ya que, además del trabajo de las instituciones educativas en el marco de la Ley de ESI (Ley 26150, 2006), los equipos de salud tienen que acercarse a las instituciones del área programática para llevar adelante acciones para que quienes las integran conozcan los DSDR y las leyes que los protegen, así como conocer los circuitos de atención locales para acceder a estos.

De los aportes de las personas usuarias sobre sus experiencias en el tránsito a través del sistema de salud, tanto en el sistema público como en el sistema de seguridad social y el subsistema privado de salud, se puede observar la heterogeneidad en los modelos de atención de profesionales y equipos de salud ya que, lo que depende del lugar en el que la persona se atiende y de los/as profesionales y equipos de salud que realicen estas atenciones, se refieren experiencias muy diferenciadas, sobre todo en lo vinculado al acceso a los DSDR.

Podría decirse que, la falta de un modelo de atención común en los equipos de salud, genera que, en función del lugar de atención en salud, las personas pueden ser más o menos libres para acceder al MAC elijan.

A pesar de ello, no se suelen cuestionar las decisiones del sistema de salud sobre el cuidado del cuerpo y, particularmente, sobre las acciones que limitan el ejercicio pleno de los DSDR. A las personas les cuesta identificar situaciones que puedan resultar en limitaciones de acceso a derechos y, particularmente en salud, las atenciones vinculadas al modelo médico hegemónico presente y legitimado socialmente, en dónde profesionales y equipos de salud poseen un saber autorizado que les habilita a la toma de decisiones y ejercen un control sobre el cuidado de la salud de las personas usuarias, sin concebir a estas últimas como sujeto de derecho.

Las decisiones que toma el sistema de salud tienen una implicancia directa en la vida de las personas. Con relación a, las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos, como se pudo observar en el recorrido de esta investigación,

produce limitaciones para las personas usuarias en el ejercicio libre de los derechos, en particular de los DSDR. Esto puede ocasionar distintas consecuencias como restricciones en el disfrute de la sexualidad, embarazos no intencionales que pueden llevar a una persona a una maternidad forzada o a requerir una IVE/ILE, lo que, no siempre es una decisión sencilla de tomar y, algunas personas, lo atraviesan como un proceso angustiante.

En general, las personas refieren que después de acceder a la IVE/ILE mejoraron las condiciones para acceder a los MAC y que, pudieron acceder a información sobre sus DSDR que, hasta entonces, desconocían. Por lo que, según datos contruidos a partir de las encuestas, el 73% de las personas coincide en que, actualmente, puede elegir libremente su MAC y valora de manera positiva el acompañamiento llevado adelante por el equipo del PMSSyR. Esto puede reflejarse en el intercambio de mensajes con las personas usuarias, luego de haberlas contactado para participar de la encuesta y en los relatos de las personas entrevistadas.

Por lo que, puede destacarse que dónde el Estado falló antes, en haber obstaculizado el acceso a los métodos anticonceptivos, ahora garantizó, porque pudieron acceder a una interrupción del embarazo en el marco de una Ley, por lo que se da cuenta de cómo las instituciones han podido incorporar, aunque lentamente, la aplicación de esta normativa que busca una ampliación de derechos y que fue el resultado de luchas históricas.

En síntesis, entre los hallazgos vinculados al tipo de MAC, se identifican con mayor frecuencia las dificultades de acceso a métodos anticonceptivos de corta duración, lo que se vincula a que son métodos generalmente recomendados por profesionales y equipos de salud y más conocidos por las personas usuarias. Mientras que, con relación a los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles son los métodos que menos se conocen y, al igual que con los MAC quirúrgicos definitivos, se desconoce su gratuidad.

En relación con los motivos por los que las personas tienen dificultades para acceder a los MAC, en vinculación con los costos, las personas desconocen la gratuidad de los métodos garantizados por el marco normativo, con la exigencia de trámites, tanto para acceder a los insumos, como a las atenciones y prácticas

médicas, con la falta de información sobre los DSDR y las leyes que los protegen; con los faltantes de insumos por dificultades de provisión y abastecimiento, de la gestión de los mismos y/o por los posicionamientos de profesionales y equipos de salud y sus concepciones sobre la SSyR y con las demoras y/o suspensión de turnos que se tradujeron en dilaciones de acceso a los métodos.

Entre los hallazgos en función de los ejes de las entrevistas, vinculados a la atención en salud, las experiencias de las personas en su tránsito por el sistema de salud se enmarcan en un modelo de atención tradicional. En vinculación con el segundo eje, las mayores dificultades en el acceso a los MAC están relacionadas a la falta de información sobre los DSDR y las leyes que los protegen y a la falta de capacitación y actualización de profesionales y equipos de salud para brindar información completa, científica y actualizada a las personas en las consultas por SSyR. Con relación a la autonomía en la elección del MAC, las personas no han sentido la libertad de poder elegir el MAC y, esto, puede tener distintas consecuencias, como atravesar una situación de embarazo no intencional que puede llevar a una maternidad forzada o a requerir una IVE/ILE, lo que las personas atraviesan con ciertas dificultades en lo concerniente a la toma de decisiones, etc. Mientras que, con respecto al cuarto eje, se identifica la importancia de que se habilite a las personas usuarias para que asuman un rol activo en los cuidados de su salud.

Mientras que, en función de los sujetos involucrados los hallazgos estuvieron asociados a la falta de conocimiento de los DSDR y las leyes que los protegen, sobre todo por parte de las personas usuarias, a la vez que, por parte profesionales y equipos de salud, están asociados a la falta de acompañamiento para que se den las condiciones necesarias para que las personas tomen decisiones informadas sobre el cuidado de sus cuerpos y de su salud y, por parte de la gestión de sistemas de salud se identificó la discontinuidad en el stock de insumos, la fragmentación en los sistemas que se traduce en la falta de conformación de equipos estables y la poca valoración de estos, la falta de generación de espacios de intercambio, capacitación y actualización para profesionales y equipos, como también, la escasa difusión y promoción de derechos.

Finalmente, las personas entrevistadas refieren que, luego de acceder a la IVE/ILE en el PMSSyR, lograron acceder a la información que, antes desconocían sobre sus DSDR y al MAC elegido, lo que es valorado de manera positiva.

HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

Como puede apreciarse a lo largo del recorrido de esta investigación, sí, son muchos los métodos anticonceptivos que existen, además son gratuitos y están garantizados por la legislación vigente en Argentina pero, a pesar de ello, las personas atraviesan múltiples dificultades para poder acceder a estos. Con esto se pretende señalar la importancia de la Ley 27.610 (2020) que garantice el acceso a la IVE sin obstáculos porque previamente, las personas pueden haber atravesado múltiples dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos. Algunas de esas dificultades son interpuestas por profesionales y equipos de salud, otras son interpuestas por la gestión de los sistemas de salud.

Este estudio permite dar cuenta del recorrido de las personas por el sistema de salud para poder acceder a sus derechos, desde un recorte poblacional, en una ciudad intermedia, e invita a reflexionar sobre ¿qué sería de las personas si sus derechos dejaran de estar protegidos por estas leyes?

En esta investigación se buscó dar cuenta de las dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos que reconocen las personas usuarias en el sistema de salud del partido de Olavarría que, con posterioridad, en los años 2021 y 2022 accedieron a una Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo (IVE/ILE) en el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva.

A propósito de los objetivos específicos propuestos, se recuperaron los datos construidos a partir de los registros de las consultas por IVE/ILE en el PMSSyR, se exploraron las percepciones de las personas usuarias de dichas consultas en el análisis de datos elaborados a partir de las encuestas y las entrevistas en profundidad y se buscó determinar las dificultades que, estas, atraviesan para el acceso a métodos anticonceptivos en el sistema de salud a nivel local.

Con el desarrollo de los objetivos de la investigación se buscó demostrar que los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad, la reproducción y la no reproducción sin discriminación, coerción o violencia, se encuentran limitados en su garantía puesto que, ciertas prácticas en salud reproducen un modelo de atención restrictivo que no concibe a las personas usuarias como sujetos de derechos (DNSSyR, 2018).

Las categorías construidas y presentadas en los niveles de desarrollo, fueron exhibidas por separado a los fines analíticos de esta investigación a pesar de que, como queda demostrado, se encuentran interrelacionadas de manera constante. Las personas lograron reconocer una variedad de dificultades de acceso a los MAC en el sistema de salud, por consiguiente, se hallaron dificultades específicas según el tipo de MAC, lo que generó que el análisis se desagregue en los motivos por los que las personas se encontraron con obstáculos para acceder a estos. A su vez, el análisis de las entrevistas, se organizó en cuatro ejes con el objetivo de recuperar las experiencias de las personas en su tránsito por el sistema de salud a nivel local, sus conocimientos sobre los DSDR y, sus percepciones sobre la libre elección de los MAC y sobre los procesos de mejora en la atención. Y, finalmente, estas dificultades se agruparon en función de los sujetos involucrados con el objetivo de visibilizar dimensiones de alcance para el diseño e implementación de políticas públicas en el acceso y la garantía de DSDR.

Entre los hallazgos vinculados al tipo de MAC, se identifican con mayor frecuencia las dificultades de acceso a métodos anticonceptivos de corta duración ya que son los mayormente recomendados por profesionales y equipos de salud y los más conocidos por las personas usuarias mientras que, los menos conocidos son los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles y, sobre todo, se desconoce su gratuidad, al igual que de los MAC quirúrgicos definitivos.

Se encontró que las personas tienen dificultades para acceder a los métodos vinculadas tanto a los costos como a las exigencias de trámites para acceder a los insumos, a las atenciones y a las prácticas asociadas a los métodos. También, se relacionan con la falta de información sobre los DSDR y las leyes que los protegen, con los faltantes de insumos por dificultades de provisión, abastecimiento y/o gestión de los mismos, como a al posicionamiento de profesionales y equipos de salud y sus concepciones sobre la SSyR y con las demoras y/o suspensión de turnos que se tradujeron en dilaciones de acceso a los métodos.

Entre los hallazgos en función de los ejes de las entrevistas, vinculados a la atención en salud, las experiencias de las personas en su tránsito por el sistema de salud se enmarcan en un modelo de atención tradicional. En vinculación con el segundo eje, las mayores dificultades en el acceso a los MAC están relacionadas a

la falta de información sobre los DSDR y las leyes que los protegen mientras que, con relación a la autonomía en la elección del MAC, las personas han identificado ciertas limitaciones lo que, en muchos casos, se traduce en una situación de embarazo no intencional que puede llevar a una maternidad forzada o a requerir una IVE/ILE. Por último, con respecto al cuarto eje, se identifica la necesidad de que se generen espacios que habiliten a las personas usuarias asumir un rol activo en los cuidados de su salud.

En relación con los sujetos involucrados, los hallazgos estuvieron asociados a la falta de conocimiento de los DSDR y las leyes que los protegen, sobre todo por parte de las personas usuarias, mientras que, por parte profesionales y equipos de salud, se asociaron a la falta de acompañamiento para que se den las condiciones necesarias para que las personas tomen decisiones informadas sobre el cuidado de sus cuerpos y de su salud y, finalmente, por parte de la gestión de sistemas de salud se identificaron las dificultades para asegurar el stock de los insumos, la fragmentación en los sistemas que se traduce en la falta de conformación de equipos estables y su poca valoración, así como la falta de generación de espacios de intercambio, capacitación y actualización y la escasa difusión y promoción de derechos.

A partir de esto, se observó la falta de implementación de un modelo común de atención en salud y, específicamente, en SSyR ya que, existen “grandes diferencias a la hora de informar sobre MAC” (Contini, 2022, p.50) entre los/as profesionales y equipos que desarrollan sus prácticas en los diferentes Centros de Salud. Las personas usuarias atraviesan experiencias diferenciadas en los modos atención, dentro del sistema de salud del Partido de Olavarría, incluso dentro de una misma área, como por ejemplo, APS. Por lo que, la falta de un modelo de atención común en los equipos de salud, genera dificultades de acceso a la atención, en general y a los DSDR, en particular.

En este sentido, Lestrada (2024) da cuenta de ciertas dificultades que presentan los equipos de salud vinculadas al agotamiento del personal por las situaciones de poliempleo, la falta de apoyo por parte de la gestión en salud a nivel local y las condiciones que generan el desarrollo del propio trabajo en soledad. A esto, se le suma la desvalorización y desjerarquización de los equipos de salud lo

que, limita la capacidad de dar respuestas a las demandas y necesidades en SSyR de las personas usuarias (Rossi Rodríguez, 2014). A partir de esto, se identificó que la garantía de los DSDR y, específicamente de los MAC depende de voluntades individuales de quienes conforman los equipos.

Todo esto genera dificultades en la garantía de igualdad y autonomía en el ejercicio de los DSDR para la libre elección del método anticonceptivo por parte de las personas usuarias en el Partido de Olavarría según lo reconocen las personas acompañadas en Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo por el Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva del Partido de Olavarría, provincia de Buenos Aires (Argentina), en el período correspondiente a los años 2021 y 2022.

En línea con lo planteado por Sampayo (2022), los relatos de las personas dan cuenta que desde los sistemas de salud se ejerce un control sobre el cuidado de la salud y el cuerpo de las personas usuarias, sin concebirlas como sujetos de derechos. Por un lado, en el sector privado, se observan hallazgos vinculados a las concepciones político-ideológicas en cuanto a la gratuidad de los insumos, de las atenciones y las prácticas asociadas a los DSDR, así como cuestiones relacionadas al poder biomédico y su legitimidad, tanto desde el punto de vista de profesionales y equipos de salud como de las personas usuarias ya que, la competencia técnica de profesionales y equipos de salud no suele ser cuestionada (Mattioli, 2011).

Por otra parte, se hicieron evidentes ciertas deficiencias por parte del Estado como ente promotor de estos derechos, encargado de garantizar su acceso y su gratuidad, como de realizar instancias de seguimiento, evaluación y monitoreo de las políticas públicas (Guzmán, 2003). Estas deficiencias profundizan las relaciones de interseccionalidad existentes entre clase y género e intensifican las desigualdades entre las personas para acceder a los derechos, más aún si estas son migrantes, afrodescendientes, con discapacidad, etc. (Perrotta, 2010).

Asimismo, se observa cómo las cuestiones vinculadas a la SSyR, sobre todo las vinculadas a la reproducción y la no reproducción, socialmente, atribuyen responsabilidades exclusivas a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, lo que se constituye en condicionantes de las vivencias y de las decisiones sobre la SSyR que, a su vez, pone en evidencia las limitaciones al crecimiento

económico que se encuentran tanto en el mercado como en la familia (ONU Mujeres, 2017); los movimientos de mujeres y LGBT+ han luchado históricamente, por ponerlas en tensión al cuestionar el rol social atribuido a estas, así como los roles y estereotipos de género (Arhex, 2020).

En este sentido, se sostiene que es insoslayable la presencia del Estado, como responsable de la aplicación de las políticas públicas en pos de la garantía de los derechos de la sociedad en su conjunto, en el marco de las acciones, decisiones y omisiones por parte de los/as distintos/as actores/actrices involucrados/as en los asuntos públicos (Del Río Fortuna y Lavigne, 2010).

Entre los hallazgos, se pudo dar cuenta que, en general, las personas tienen una valoración positiva del sistema público de salud en el Partido de Olavarría, según los relatos de las personas encuestadas y entrevistadas, esto tiene una vinculación directa con la atención en el Programa a partir de la solicitud de IVE/ILE, donde no solamente lograron acceder a la realización de un aborto legal, seguro y gratuito, con un acompañamiento fortalecido por la construcción de un vínculo de relativa cercanía y confianza, sino que además lograron acceder a la información completa, científica y actualizada sobre todos los MAC disponibles y poder elegir libremente. Lo cual pone en evidencia la presencia de un Estado, que falló antes pero que también pudo avanzar en la garantía de derechos y, específicamente, DSDR. En este sentido, los procesos de exigibilidad de la institucionalización del género desde los grupos extensionistas (como parte del movimiento de mujeres y LGBT+ anclados en la universidad pública) y las organizaciones sociales locales lograron que la gestión en salud asumiera, lentamente, ciertos compromisos para la implementación del Programa y la conformación de un equipo de trabajo que garantiza derechos (Guzmán, 2011).

A pesar de estos avances, las personas atraviesan situaciones que dificultan su acceso a MAC, tanto en el sistema público como en el sistema de seguridad social y el subsistema privado de salud, esto da cuenta que, además de avanzar en procesos legislativos que incorporen la igualdad, es menester que el Estado asuma el compromiso en pos de la transversalización de la perspectiva de género en toda la estructura del aparato político. En este sentido, Pecheny y Petracchi (2006), apuntan que, más allá de la traducción de los derechos en políticas públicas y

legislaciones, esto no resulta suficiente ya que, se requiere de ciertas condiciones y recursos materiales y simbólicos para el pleno ejercicio de los derechos que, no están universalmente disponibles para el conjunto de la sociedad.

Con el desarrollo de un modelo de atención de consejería en SSyR, profesionales y equipos de salud tienen la obligación de brindar la información completa, científica y actualizada sobre los DSDR y, así evitar situaciones que pudieran traducirse en obstáculos para el acceso a derechos, además tienen la función de realizar los controles y seguimientos de las personas usuarias y tener en cuenta las singularidades y particularidades de cada caso (DNSSyR, 2018).

Esta investigación se constituye en un primer paso para generar aportes para el mejoramiento de la calidad en la atención de la salud y, sobre todo, en SSyR pero, sólo recupera la perspectiva de las personas usuarias en su tránsito por el sistema de salud. Se considera que, en múltiples oportunidades, se construyen estrategias sobre los procesos de mejora en la atención, sin recuperar las voces de las personas usuarias que son quienes pueden dar cuenta de lo que necesitan para mejorar sus experiencias en el sistema de salud y, así aportar en la planificación de dispositivos para los procesos de mejora en la calidad de atención de la salud.

La perspectiva de quienes conforman los equipos de salud e integran los sistemas de salud, así como de quienes gestionan los sistemas de salud, será motivo de otra investigación que permitirá dar continuidad a este trabajo y, así, convertirse en un insumo para el diseño de políticas públicas y contribuir en la elaboración de un modelo de atención integral y común para todos los equipos de salud del Partido de Olavarría -centrado en las personas como sujetos de derechos desde la salud integral que incorpore la perspectiva de género de manera transversal- en el marco del cumplimiento de las Ordenanzas de creación del PMSSyR y su modificatoria (ampliatoria) y así generar líneas de acción de anclaje local, para el logro de igualdad y autonomía en el ejercicio libre de los DSDR en el Partido de Olavarría.

De esta investigación, se desprende la necesidad de pensar estrategias que se puedan llevar adelante para mejorar la garantía en el acceso a métodos anticonceptivos y, continuar hacia la efectiva garantía de los DSDR como objeto de

políticas y contenidos de los paradigmas de acción de los Estados, para mejorar su posición.

En este sentido, con respecto a algunas de las conclusiones arribadas y desde un aspecto organizacional, se hizo evidente la necesidad de que la gestión, planificación y distribución de insumos logre evitar que haya faltantes y, así garantizar el stock de la canasta de MAC en el sistema público de salud para contar con una efectiva disponibilidad al momento de dar respuesta a las demandas de las personas usuarias de manera territorial, a la vez que, se agilicen y disminuyan los trámites burocráticos y se desarrolle un sistema de turnos que sea más accesible y se contemplen a las consultas de SSyR como esenciales y urgentes (MSPBA, 2021).

Por otra parte, se destaca la necesidad de promover espacios de difusión para que las personas puedan acceder a la información de manera clara y sencilla sobre los métodos anticonceptivos de distribución gratuita. Las personas suelen tener poco conocimiento sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y no reproductivos y las leyes que los protegen, el acceder a esta información podría evitar que se enfrenten a dificultades para acceder a las atenciones y a los MAC que elijan.

En otra dimensión se encontró que, el sistema público, es una elección para las personas cuando se trata de acceder a los DSDR, esto implica que, muchas personas, aunque tengan cobertura a través del sistema de seguridad social y/o a través del subsistema privado por contar con obra social y/o prepaga, deciden atenderse en el sistema público de salud, sobre todo cuando se trata de acceder a DSDR y, específicamente, cuando se trata de acceder a la IVE/ILE y a los MAC. Por ello, se reconoce la necesidad de instar al sector privado de salud a la real y efectiva provisión de métodos anticonceptivos además de las anticonceptivas orales, otros MAC reversibles de larga duración a la vez que, a la garantía de los métodos quirúrgicos irreversibles como la ligadura tubaria y la vasectomía como a los acompañamientos de las IVE/ILE para que pueda dar respuesta a las demandas de las personas usuarias en las atenciones vinculadas a DSDR.

A partir de los hallazgos en esta investigación, se pudo observar la relevancia de implementar modelos de atención que no reproduzcan miradas patologizadoras,

que garanticen entornos de escucha y acompañamiento desde una perspectiva integral, de género y diversidad con una mirada intersectorial e interseccional en los sistemas de salud.

En este recorrido, se resalta la importancia de que existan y se lleven adelante instancias de seguimiento, evaluación y monitoreo de las políticas públicas, desde el Estado, con dispositivos propios y, también, a través de espacios con los que se articule como, por ejemplo, las universidades públicas.

Por otra parte, se destaca la capacidad de generar datos a través de registros propios, a nivel local, como es en el caso del PMSSyR, a la vez que provinciales, desde los que se recupera la información que posibilita la construcción de conocimientos para el diseño e implementación de políticas públicas que permitan mejorar la garantía de la provisión de anticoncepción con perspectiva de género y enfoque de derechos.

En este contexto, en el que pelagra el marco normativo que garantiza el derecho a la interrupción del embarazo -frente a la presentación de un proyecto de ley que persigue derogar la Ley 27.610 (2020) en el Congreso de la Nación, por parte de una legisladora del espacio político de La Libertad Avanza- resignifica el alcance de este tipo de investigaciones que dan cuenta de las dificultades que atraviesan las personas usuarias en el sistema de salud en el acceso a los MAC.

Es relevante remarcar que, esta ley, responde a una deuda de la salud pública, la justicia social y los DDHH de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que, a su vez, acerca al Estado argentino al cumplimiento de los instrumentos internacionales de DDHH a los que adhiere y que, es resultado de la militancia activa de los feminismos y de luchas históricas.

Finalmente, para pensar en la integralidad, se vuelve a retomar el lema de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito puesto que, además de la efectiva implementación del marco normativo analizado sobre la garantía de los derechos vinculados al acceso a los métodos anticonceptivos y a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, se retoma la relevancia de la aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral (Ley 26.150, 2006) en las instituciones educativas ya que, podría facilitar a las personas el acceso a la

información sobre sus DSDR y, así fortalecerlas para exigirlos:

Educación Sexual para Decidir, Anticonceptivos para No Abortar, Aborto Legal, Seguro y Gratuito para No Morir

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arhex, V. (2020). *El impacto de los discursos en la configuración de las políticas públicas: el análisis del caso de las Consejerías en la Provincia de Buenos Aires*. [Tesis de Maestría]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). <http://hdl.handle.net/10469/17167>
- Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales (2016). *Políticas públicas de salud sexual y reproductiva: análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut*. 1ra ed.
- Astudillo, G. y Bórmida, C. (2018). 100 años no es nada. Mujeres y Universidad. Algunas reflexiones. *En Revista Masquedós, Año 3 (n° 3)*. Secretaría de Extensión UNICEN. Tandil, Argentina. <https://ojs.extension.unicen.edu.ar/index.php/masquedos/article/view/26/26>
- Astudillo, G. (2023). *La sexualidad siempre está, discurso sexual sobre sexualidad: un análisis situado en el nivel superior de una región educativa de la Provincia de Buenos Aires*. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. <https://www.ridaa.unicen.edu.ar/handle/123456789/3579>
- Bareiro, L. (2021). *Democracia/s, ciudadanía y Estado en América Latina en el siglo XXI: Análisis de género de los caminos recorridos desde la década del '80 y futuros* [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

- Bloj C. (2022) Taller de preparación de tesis Fase 1. [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Bonder, G. (2021). Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina. [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Brown, J. L. (2008). *Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas*. *Cadernos Pagu*, (30), 269-300.
- Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (2021, 15 de agosto) 2005-2020: Seguimos en campaña. <http://www.abortolegal.com.ar>
- Carbajal, M. (2024). Aborto: el oficialismo presentó un proyecto para derogar la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *En Página 12*. 8 de febrero. <https://www.pagina12.com.ar/711126-el-gobierno-presento-un-proyecto-para-derogar-la-interrupcio>
- Carballeda, A. J. M. (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. *Margen. Revista de Trabajo Social*.
- Casas Anguita, J., et al. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *En revista Atención Primaria*, 31 (8), 527-538, <https://core.ac.uk/download/pdf/82245762.pdf>
- Castells, C. (1996) "Introducción", en *Perspectivas Feministas en Teoría Política*, Carme Castells (comp.) Barcelona: Paidós, pp. 9-30.

Cattaneo, V. y Suárez, N. (2017, marzo). *Ley nacional de salud sexual y procreación responsable n° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003*
<https://salud.gob.ar/dels/printpdf/105>

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/70dc83ae-9a4a-422d-8a24-de36397ca26d/content>

Centro de Estudios Legales y Sociales CELS (2016). *Políticas públicas de salud sexual y reproductiva: análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut*. 1ra ed. https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/04/Salud_sexual.pdf

CEPAL (2017). *Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe Mapas de ruta para el desarrollo*.

CEPAL (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*.

Compagnon, S., et al. (2016). *Derechos sexuales y reproductivos: informe de situación: elaborado en base a diagnóstico participativo con áreas municipales de salud y desarrollo social de la ciudad de Olavarría, 2015*. UNICEN. Tandil, Argentina.

<http://www.soc.unicen.edu.ar/images/editorial/ebooks/libroppem.pdf>

Compagnon, S. y Bórmida Carriquiri, Y. (2020). La extensión universitaria en la implementación de una política pública local. *En Revista Masquedós N° 5*,

Año 5. Secretaría de Extensión UNICEN. Tandil, Argentina.

<https://ojs.extension.unicen.edu.ar/index.php/masquedos/article/view/98/42>

Compagnon, S. (2023). *Tensiones en política sexual. El proceso social de construcción del Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva en el Partido de Olavarría. 2006-2019*. [Tesis de Maestría]. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Sin publicar

Contini, L. (2022). *Información y comunicación de anticonceptivos en los Centros de Atención Primaria de Olavarría*. [Tesis de grado]. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. <https://www.ridaa.unicen.edu.ar/items/c7e62f1c-9772-4754-b4c1-a6757d5e51ea>

Correa S. y Petchesky R. (1994) "Derechos Sexuales y Reproductivos: una perspectiva feminista" en Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen (eds.) *Las políticas demográficas reconsideradas: Salud, empoderamiento y derechos* (Boston: Harvard Center for Population and Development Studies; y New York: International Women's Health Coalition).

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012). caso "F.,A.L. s/ medida autosatisfactiva". 13 de marzo. <https://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>

Cuasapud Arteaga, A. C. (2021). *Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes del municipio de Ibagué – Tolima (Colombia) a través de los lineamientos de planes y políticas locales*. [Tesis de maestría]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). <http://prigepp.org>

De Souza Campos, G. (1997). La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada.

https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf

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]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). <http://prigepp.org>

Decreto 1.282 (2003). Reglamentación de la Ley de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. 26 de mayo. <https://e-legislar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/731.html>

Decreto 4.559 (2007). de las prácticas denominadas ligadura tubaria y vasectomía. 29 de agosto. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2013/02/decreto4559.pdf>

Decreto 3.790 (2018) Promulgación de Ordenanza Municipal 4.343. 10 de diciembre. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1a9d1HhAVOrA5sh8Xbaow3TYiOazRdnpQ>

Decreto 721 (2020). Cupo laboral travesti trans. 4 de septiembre. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-721-2020-341808>

Del Río Fortuna, C. A. y Lavigne, L. (2010). Una mirada antropológica de dos políticas públicas en sexualidad en la Ciudad de Buenos Aires. *Propuesta Educativa* 1 (33), 95-104.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018). *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. 3ra Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación.*
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/consejerias-en-salud-sexual-y-reproductiva>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2022.*
<https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023). *Métodos anticonceptivos: guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2023.* file:///C:/Users/vbahi/Downloads/Guia_MAC_2023_8_8_1082023.pdf

ELA (2020) *El derecho a la salud sexual y reproductiva en Argentina en época de COVID19. Monitoreo de políticas de salud reproductiva.*

Expediente 5.635 (2014) Convenio de colaboración entre la Secretaría de Extensión, Bienestar y Transferencia de la Facultad de Ciencias Sociales y la Municipalidad de Olavarría.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.*
https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2020). *El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en Argentina. Informe técnico.*

Foucault, M. (1984). *Historia de la Sexualidad. Tomo II. El uso de los placeres*. Ed. S XXI.

https://www.academia.edu/43208852/Michel_Foucault_Historia_de_la_sexualidad_2_El_uso_de_los_placeres

Fraser, N. (1995). *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era «postsocialista»*. <https://newleftreview.es/issues/0/articles/nancy-fraser-de-la-redistribution-al-reconocimiento-dilemas-de-la-justicia-en-la-era-postsocialista.pdf>

Guzmán, V. (2003). *Gobernabilidad democrática y género, una articulación posible*. *Mujer y desarrollo*, (48). CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/items/14fad7b8-b7a5-4837-85d4-bb96121af9cd>

Guzmán, V. (2011). *Procesos político-institucionales e igualdad de género. Chile: 1980-2010*. [Tesis de Doctorado]. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/83982>

Guzmán, V. y Montaña, S. (2012). *Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010)*. CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5847/S1200803_es.pdf

Guzmán, V. (2021). *Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género*. [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

- Harcourt, W. y Escobar, A. (2002). "Mujeres y política de lugar". *En Seminario PRIGEPP Globalización*. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Hernández Sampieri, R., et al.(2000), *Metodología de la Investigación*, Mac Graw-Hill Interamericana Editores. Cap. 2: Planteamiento del problema: Objetivos, preguntas de investigación y justificación del estudio. Cap. 5: Formulación de hipótesis.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (2010). ¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. [http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Libro-
Todo-Bien-Adolescencias-y-Servicios-de-Salus-Sexual-y-Reproductiva_2.pdf](http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Libro-
Todo-Bien-Adolescencias-y-Servicios-de-Salus-Sexual-y-Reproductiva_2.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2023). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Indicadores demográficos, por sexo y edad. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
- Iturralde, M. E. (2019). *Políticas de comunicación en ciudades intermedias. El proceso de discusión, sanción y aplicación de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual en Azul, Olavarría y Tandil*. [Tesis de Doctorado]. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/73762>
- Lestrada, F. (2024). *Medicina General: diferencia entre lo aprendido en la residencia y la práctica posterior. Análisis en el Sistema Municipal de Salud de la ciudad de Olavarría entre 2013 y 2023*. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional del Sur. Sin publicar

Ley 11.179 (1921) Código Penal de la Nación Argentina. 30 de septiembre.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>

Ley s/n (1994). Constitución de la Provincia de Buenos Aires. 14 de septiembre.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-0-123456789-0abc-defg-000-0001bvorpyel>

Ley 24.430 (1994). Constitución de la Nación Argentina. 15 de diciembre.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

Ley N° 25.326 (2000). Protección de datos personales. 30 de octubre.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm>

Ley 25.673 (2002). de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. 22 de noviembre.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=79831>

Ley 13.066 (2003). Creación del Programa Provincial que garantiza las políticas orientadas a la promoción, y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable. 26 de junio.

https://www.mpba.gov.ar/files/documents/LEY_13066_-_Programa_Pcial_salud_reproductiva_y_proc_resp.pdf

Ley 26.130 (2006). Anticoncepción quirúrgica. 28 de agosto.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>

Ley 26.150 (2006). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. 4 de octubre.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

Ley 26.485 (2010). Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 10 de julio.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=169478>

Ley 26.743 (2012). Identidad de Género. 23 de mayo.

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

Ley 26.862 (2013). Reproducción Médicamente Asistida. 25 de junio.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>

Ley 26.994 (2015). Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. 1 de agosto.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>

Ley 27.610 (2020). de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 30 de diciembre.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>

Ley 27.611 (2020). de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia. 30 de diciembre.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=39746A0F08C62EFFBDB8689C2EADA5EE?id=346234>

Ley 27.675 (2022) de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis. 30 de noviembre.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/375000-379999/375862/norma.htm>

López Cabello, A. (2020). *Medicamentos esenciales y políticas de Estado El acceso a la mifepristona y al misoprostol como derecho a la salud en abortos legales.*

CELS. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/09/Medicamentos-esenciales-y-pol%C3%ADticas-de-Estado-1.pdf>

Mattioli, M. (2011). Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich, ciudad de Buenos Aires. [Tesis de maestría]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). <http://prigepp.org>

Menéndez, E. L. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/lectivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Meneses, J., y Rodríguez-Gómez, D. (2011). *El cuestionario y la entrevista*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. <https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario-entrevista>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021). Prestaciones esenciales de salud sexual, reproductiva y no reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en la provincia de Buenos Aires. Actualización Agosto 2021. <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/sites/default/files/2021.Recomendaciones%20Covid%20SSYR.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021). Guía de implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo de la Provincia de Buenos Aires

en el marco de la Ley Nacional N° 27.610. Segunda edición.

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aborto/files/2022/08/GU%C3%8DA-de-Implementacion-de-la-Interrupci%C3%B3n-Voluntaria-del-Embarazo-Segunda-Edici%C3%B3n.pdf>

Municipio de Olavarría (2022, 16 de abril). *Programa Envión: Cada día, una razón para seguir soñando*. <https://www.olavarria.gov.ar/programa-envion-cada-dia-una-razon-para-seguir-sonando/>

Municipio de Olavarría (2023, 11 de diciembre). *Wesner: “Para nosotros la salud es lo primero”* <https://www.olavarria.gov.ar/wesner-para-nosotros-la-salud-es-lo-primero/>

Municipio de Olavarría (s. f.). *Localidades de Olavarría*. Recuperado el 28 de enero de 2024 de <https://www.olavarria.gov.ar/wp-content/uploads/2016/08/Localidades-de-Olavarrria-Folleto.pdf>

ONU Mujeres. (2017). *El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe. Transformar las economías para realizar los derechos*. <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/12/el-progreso-de-las-mujeres-america-latina-y-el-caribe-2017>

ONU Mujeres (s/f). *Conferencias mundiales sobre la mujer*. Recuperado el 18 de febrero de 2024. <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>

Ordenanza Municipal 3.365 (2010) de Creación del Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva. 11 de noviembre. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1a9d1HhAVOrA5sh8Xbaow3TYiOazRdnpQ>

Ordenanza Municipal 4.343 (2018) de modificación de la Ordenanza 3.365 (2010).

22 de noviembre.

<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1a9d1HhAVOrA5sh8Xbaow3TYiOazRdnpQ>

Pecheny, M y Petracci, M. (2006). *Derechos humanos y sexualidad en la argentina*.

Universidad de Buenos Aires.

<https://www.scielo.br/j/ha/a/8hJP9Fy7RpvmVP4zHTp8jnL/?lang=es&format=pdf>

Perrotta G. (2010). La perspectiva de género en salud sexual y reproductiva. II

Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología

XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en

Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos

Aires, Argentina.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad4/obligatoria/la_perspectiva_de_genero_perrotta.pdf

Petracci, M. (2005). La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad

percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia. en *Revista*

Question, Sección Informes de Investigación, 7.

www.perio.unlp.edu.ar/question

Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva (2020). *Clase 2: Enfoque*

integral en las políticas públicas. Capacitación Virtual sobre Derechos

Sexuales y Reproductivos. Secretaría de Salud y aula virtual del Instituto

Municipal de la Administración Pública de Olavarría. Municipalidad de

Olavarría. Buenos Aires. Argentina.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. <https://es.slideshare.net/Unidiversidad/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-a-la-interrupcin-legal-del-embarazo>

Ramos Brum, V. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Montevideo. [Tesis de maestría]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/4969/5/TFLACSO-2011VRB.pdf>

Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir Olavarría [@derechoadecidir]. 2020, 23 de julio. ¿Qué es la “Red”? [infografías]. Instagram. https://www.instagram.com/p/CC_82-Uh9Ts/?igsh=MXByNWFpOXZxbG0yeQ==

Resolución 201 (2002). de aprobación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-201-2002-73649>

Resolución 65 (2015). Documento de acuerdos elaborado en la mesa de trabajo: nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. 9 de diciembre. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649>

Resolución 2922 (2019). Modificatoria y ampliatoria de la Resolución de aprobación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Ministerio de Salud de la

Nación. 7 de noviembre.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2922-2019-331451>

Rodríguez Gómez, G., et al. (1999), *Metodología de la investigación cualitativa*, Ediciones Aljibe, Málaga (España). Cap. IV: La teoría en la investigación cualitativa.

Rodríguez Gustá, A. (2008). Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención. *Temas y Debates*, 16, 109-129. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3655761.pdf>

Rossi Rodríguez, S. (2014). *Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en los servicios públicos de salud del primer nivel en Montevideo*. [Tesis de Maestría]. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Uruguay. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/4464>

Saba, R. (2004). *(Des)Igualdad estructural en Jorge Amaya (ed.)*, *Visiones de la Constitución, 1853-2004*, UCES.

Sampayo, V. (2022). *Prácticas y representaciones sociales en torno a la salud sexual y reproductiva en mujeres usuarias de la salud pública en el partido de Olavarría. Pcia. de Buenos Aires*. [Tesis de grado]. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. <https://www.ridaa.unicen.edu.ar/communities/dc9f095f-bbdf-4212-8d1f-6f32ca2d68ea>

Scott, J. (2002) *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. <https://revistas.upr.edu/index.php/opcit/article/view/16994/14517>

Secretaría de Equidad en Salud (2023). *Coberturas de Salud en Argentina*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf>

Seid, G. (2016). Procedimientos para el análisis cualitativo de entrevistas. Una propuesta didáctica.

[https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8585/ev.8585.pdf%7](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8585/ev.8585.pdf%7D)

[D](#)

Tobar, F. (2002). *Modelo de gestión en salud*.

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7887288/mod_resource/content/1/Modelos%20del%20Gesti%C3%B3n.pdf

Van der Stuyft, P. y De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. En *Rev Cubana Salud Pública* v.34 n.4.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014#:~:text=Cl%C3%A1sicamente%20se%20distinguen%20tres%20niveles,alta%20tecnolog%C3%ADa%20e%20institutos%20especializados.

Vargas, V. (2021). Entrevista [video]. En Seminario PRIGEPP Globalización. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

<http://prigepp.org>

ANEXOS

1. Ficha de atención por solicitudes de IVE/ILE del PMSSyR (frente)

<https://forms.gle/UHVDUoCd33q6z1dN9>



PROGRAMA MUNICIPAL SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA



N°:

DATOS PERSONALES		CONSEJERÍA:		FECHA:	
Nombre:		Apellido:			
Edad:	E/N:	DNI:	H.C:		
Dirección:		Teléfono:			
Carnet hospitalario:		Obra social:			
Máximo nivel de estudios alcanzados:		Situación laboral:			
Discapacidad:	Cognitiva:	Motora:	Visual:	Auditiva:	TEA/CEA:
DATOS PARA IVE-ILE					
F.U.M:		TEST:		Grupo y Factor:	
Usaba método:					
Barreras de acceso:					
Gestas:		Partos:		Abo esp:	
				Abo inducido:	
				Cesáreas:	
Fecha último evento obstétrico:					
Patología de base/alergias:					
Médico/a de cabecera:					
Derivada por (cómo llega al Programa):					
Referenciada a:		CAPS:		Médico/a:	
				Turno:	
IVE:	ILE:	No es IVE:	HMYR:	Decide continuar:	Atención post abo:
Causal		No aplica:		Violación:	
				Riesgo para la vida:	
Salud Integral:					
Eco pre	Turno:		Semanas:		
Eco post	Turno:		Detalle:		
Misoprostol:		Combipack:		Laboratorio:	
				Cantidad:	
Vía de administración:			Dosis:		Frecuencia:
Fecha de tto farmac.		1°:		2°:	
				3°:	
¿Necesitó tto quirúrgico?		AMEU: RUE:		AMEU y RUE: Dilac y evac:	
				Otros: Sin datos:	
¿Necesitó internación?			¿Tuvo alguna complicación?		
Fecha de resolución:			¿Cómo se resolvió?		

2. Ficha de atención por solicitudes de IVE/ILE del PMSSyR (dorso)

<https://forms.gle/UHVDUoCd33q6z1dN9>



PROGRAMA MUNICIPAL SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA



PROVISIÓN DE MAC							
<u>Consejería en MAC por PMSSyR:</u>							
<u>Turno de control post y AIPE:</u>							
<u>¿Se entrega anticoncepción?</u>		<u>LT:</u>	<u>Vasect:</u>	<u>DIU:</u>	<u>ACO + preservativos:</u>		
<u>SIU:</u>	<u>Implante:</u>	<u>Iny. mens:</u>	<u>Iny. Trim:</u>	<u>ACO:</u>	<u>Preserv:</u>	<u>No desea:</u>	<u>Sin dato:</u>
<u>¿Se le entrega analgésico?</u>							
FINALIZACIÓN							
<u>¿Se deriva?</u>		<u>Fecha de derivación:</u>			<u>Motivo por el cual se deriva:</u>		
<u>Institución (nombre y código):</u>					<u>Fecha y hora del turno:</u>		
OBSERVACIONES							
<u>Movilidad:</u>							
<u>Disponibilidad horaria:</u>							
<u>Barreras de acceso a IVE/ILE:</u>							
<u>Otras observaciones:</u>							

3. Consentimiento informado

<https://forms.gle/HtMEf7hZx2u8zKFK8>

Consentimiento informado

En este documento dejo constancia que estoy de acuerdo en participar, de manera voluntaria, en la entrevista que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

La misma, será llevada a cabo por Yanina Bórmida, para la investigación en el marco de la tesis de Maestría en Género, Sociedad y Políticas del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO): "Tensiones entre Derechos No Reproductivos y Responsabilidades. Dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos que reconocen las personas usuarias en el sistema de salud del partido de Olavarría (Argentina). 2021-2022" bajo la dirección de Mercedes Marchetti.

Entiendo que las declaraciones en el marco de esta entrevista serán usadas en las publicaciones de esta investigación y sólo a los fines de lo estipulado.

Entiendo que esta entrevista no requiere de la exposición de datos personales y, los elementos aquí relevados, serán confidenciales en el marco de la Ley N° 25.326 (2000) de Protección de datos personales, según la cual se deben respetar los datos personales y datos sensibles.

Entiendo que la información que proporcione en esta entrevista sólo será usada para validar los datos y conclusiones de la investigación para cumplir los objetivos del estudio y que la persona que me entrevista: Yanina Bórmida, es la encargada de esta información y no hará uso de la misma más allá del contexto de este proyecto de investigación.

Estoy de acuerdo con grabar el audio de la entrevista. Esta grabación sólo tendrá como finalidad la recopilación de los datos mencionados anteriormente. Esta información será guardada en un entorno seguro.

Nombre:

Firma:

Lugar y fecha:

2. Datos de acompañamientos de IVE/ILE según año por el PMSSyR (desde el año 2016 hasta el 2022)



Fuente: Informe anual de acompañamientos de IVE/ILE 2022 del Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Olavarría.

5. Circuito de atención de IVE/ILE del PMSSyR

Circuito de atención	
Gestionado por las integrantes del PMSSyR	
1	Contacto con el Programa (telefónico, en Sede o telefónico personal con las integrantes del equipo del Programa)
2	Consejería integral, registros (Historias clínicas, gestión de carnet y documentación, fichas propias, provinciales, etc.), ingreso al circuito de atención y turno con ecografía
3	Luego de la ecografía, se realiza seguimiento telefónico y se coordina turno con las profesionales médicas (dependiendo cercanía y/o movilidad de la usuaria y disponibilidad de las profesionales)
4	Se continúa el seguimiento telefónico durante el tratamiento y se coordina control ecográfico post.
5	Luego del control ecográfico se realiza consejería en AIPE y se coordina turno de control con la profesional médica con la que se articuló el tratamiento.
6	Seguimiento de planillas y registros para elevar a RS IX
7	Análisis de datos y elaboración de informes y estadísticas
8	Promoción: capacitaciones y asesorías a instituciones, organizaciones sociales, etc.
9	Difusión del circuito: gráfica, redes sociales, etc.



Fuente: Informe anual de acompañamientos de IVE/ILE 2022 del Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Olavarría.