XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Montevideo, 2017.

¿Qué opinan sobre Salud Sexual y Reproductiva quienes trabajan en Atención Primaria de la Salud?.

Natacha Mateo.

Cita:

Natacha Mateo (2017). *¿Qué opinan sobre Salud Sexual y Reproductiva quienes trabajan en Atención Primaria de la Salud?. XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Montevideo.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-018/3994

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017
3 - 8 Diciembre / Montevideo
Las encrucijadas abiertas de América Latina
La sociología en tiempos de cambio

¿Qué opinan sobre Salud Sexual y Reproductiva quienes trabajan en Atención Primaria de la Salud?

MATEO, Natacha

Mateonatacha@gmail.com

Universidad Nacional del Mar del Plata/

Universidad Nacional de La Plata

Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo es producto de los resultados investigativos de mi tesis de Licenciatura en Sociología. El objetivo general de esta ponencia es analizar las opiniones de los/as profesionales de la salud (que se desempeñen principalmente en Atención Primaria de la Salud) sobre la atención que brindan a los/as usuarios/as sobre Salud Sexual y Reproductiva, desde una perspectiva de género y derechos humanos. Específicamente nos enfocaremos en las nociones de Planificación Familiar y Anticoncepción de los/as trabajadores/as de la salud que llevan adelante el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable implementado en Argentina desde el año 2003 a partir de la sanción de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva. El trabajo de campo se realizó en dos Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina, en el año 2015, a partir de una perspectiva metodológica cualitativa basada en entrevistas en profundidad y observación participante.

ABSTRACT

The present work is a product of the research results of my thesis of Degree in Sociology. The general objective of this paper is to analyze the opinions of health professionals (who are mainly dedicated to Primary Health Care) about the care they provide to the users about Sexual and Reproductive Health, from a gender perspective and human rights. Specifically, we will focus on the notions of Family Planning and Contraception of the health workers who carry out the National Program of Sexual Health and Responsible Procreation implemented in Argentina since 2003, after the enactment of Law 25,673 of Sexual and reproductive health. Fieldwork was carried out in two health centers in the city of Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina, in 2015, based on a qualitative methodological perspective based on in-depth interviews and participant observation.

Palabras clave

Salud sexual y reproductiva – anticoncepción - salud pública.

Keywords

Sexual and reproductive health - contraception - public health.

I. Introducción

II. Marco teórico/marco conceptual

En este trabajo, partimos de comprender que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han tenido muchos vaivenes en el siglo pasado. Estas marchas y contramarchas se dieron tanto en el plano teórico como en la atención que se brinda a las/os usuarias/os de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR).

En lo que respecta al plano conceptual, la noción de SSR pasó de la agenda de población a la de salud y, luego, se comprendió dentro de los derechos humanos. Aunque dicho paso fue sumamente significativo e implicó grandes avances para los derechos de las mujeres, el mismo movimiento feminista que lo impulsó no pudo preveer aquellos aspectos que dicho concepto dejó afuera. Por lo tanto, resulta fundamental recuperar el posicionamiento de Brown (2013) respecto del uso del concepto de derechos sexuales y (no) reproductivos para ser realmente inclusivos en su definición y conceptualización (Mateo, 2017).

Esta comprensión nos permite entender lo trascendente de la Ley de SSR del año 2003, ya que cristalizó los debates que se sucedieron al respecto en el país, dejando en un primer plano el derecho de las mujeres a poder decidir libremente cuántos hijos tener y cuándo, garantizando el acceso universal a los métodos anticonceptivos. Esta Ley, se propuso garantizar desde un enfoque de género, el acceso universal a los servicios de SSR con el fin de que varones y mujeres puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, a partir de la implementación de un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR).

Sin embargo, partimos de comprender que una Ley no alcanza para garantizar los derechos de las personas. Aunque toda política pública es precedida por un proceso de debate previo a su sanción en el que se expresan todas las posturas al respecto, éstas continúan en tensión en su implementación. Al respecto, los estudios contemporáneos sobre la SSR, han podido establecer que los saberes médicos y las representaciones sociales sobre los que estos saberes se construyen, enmarcan el vínculo entre el campo médico, las poblaciones objeto de políticas de salud y el Estado, en tanto agente encargado de diseñar e implementar dichas políticas (Testa, 2006).

En esta relación, son los trabajadores de la salud quienes establecen el lazo entre la política pública y la población objetivo. Es decir, la adaptan a la cotidianidad del consultorio; y en parte de ellos/as depende que el acceso a los servicios de salud sea fácil o difícil, en tanto y en cuanto se puedan separar sus valores individuales de su práctica profesional o no. Por ende, consideramos que estudiar sus opiniones es una forma de pensar un eslabón fundamental en la aplicación de las políticas públicas (Ramos, Gogna, Petracci, Romero, & Szulik, 2001). Por ello es que resulta esencial investigar sobre cómo influyen estas opiniones en la construcción de saberes de los profesionales en aquellos temas que nos interesan en este trabajo.

Por ende, nos parece fundamental pensar el rol que juegan estos profesionales que ejercen en Atención Primaria de la Salud (APS) en la existencia y sostenimiento de estas barreras. Como parte de una investigación más amplia, el objetivo de este artículo es analizar las opiniones de los profesionales de la salud sobre la atención que brindan a los/as usuarios/as sobre SSR, específicamente Planificación Familiar (PF) y Métodos Anticonceptivos (MAC)[1]. El recorte espacial se circunscribió a la ciudad de Mar del Plata (Argentina), cabecera del partido de General Pueyrredón, que aunque cuenta con casi 800 mil habitantes representando una de las urbes más importantes de la provincia de Buenos Aires, no se había realizado aún un estudio de este tipo.

[1] Este objetivo se desprende de un objetivo específico de la investigación que constituyó mi tesis de grado para la Licenciatura en Sociología: Analizar las opiniones de los/as profesionales de la salud sobre la atención que se brinda a los/as usuarios/as sobre SSR, específicamente Planificación Familiar, Anticoncepción, Embarazo no planificado e Infecciones de Transmisión Sexual, en el marco del PNSSPR en dos Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata.

III. Metodología

La perspectiva adoptada por esta investigación es cualitativa, ya que consideramos que nos permite conocer las razones y motivaciones subyacentes de las personas y, en nuestro caso, dar cuenta de los significados que tiene para los profesionales de la salud la SSR, a partir de indagar respecto de sus opiniones (Sautu, 2003).

Se decidió trabajar con dos técnicas de investigación: entrevistas en profundidad (para conocer las miradas, perspectivas, y el marco de referencia a partir del cual los sujetos se organizan y orientan sus comportamientos) y observación participante (como técnica complementaria que permite explorar la complejidad de lo social a partir de la simplificación sistemática de la realidad a través de un registro empírico tanto de los comportamientos de los sujetos sociales como de la dinámica del lugar donde se encuentran).

Para llevar adelante esta investigación se realizó un recorte espacio-temporal en dos CAPS de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2015, entrevistando a 11 trabajadores de la salud, que desempeñan su trabajo en APS. Todas las entrevistas se realizaron en el Centro de Salud[2].

Además de la situación de entrevistas, se observó en ambos CAPS en diferentes oportunidades. En una primera instancia se realizaron observaciones generales y descriptivas, para luego poder realizar una observación enfocada en algunos aspectos más relevantes para esta investigación que surgieron a partir de las entrevistas. Estas observaciones sólo pudieron realizarse en los espacios comunes del Centro de Salud ya que, respetando los derechos de los usuarios, no se presenciaron consultas medicas privadas.

[2] Es fundamental explicitar que a modo de precaución y con el objetivo de cuidar la identidad de los/as trabajadores/as, los nombres han sido modificados. En este sentido, denominaremos CAPS 1 y CAPS 2 a los Centros de Salud, y llamaremos a los trabajadores por su profesión o especialización (es decir, médico generalista, enfermera, asistente social, etc.).

IV. Análisis y discusión de datos

Las opiniones de los/as profesionales de la salud en el centro del debate

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

La implementación del PNSSPR en 2003, propuso involucrar a la población en el conocimiento de sus derechos sobre SSR. Sin embargo, aunque tiene una concepción amplia de lo que respecta a la SSR, hemos podido observar que el balance que realiza el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2010 con respecto su implementación en APS, se focaliza más en la distribución gratuita de MAC que en los resultados obtenidos en relación a otros objetivos del Programa, como la promoción de la SSR en adolescentes o la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Cuando realizamos el trabajo de campo, interrogamos a los trabajadores respecto de la SSR, para indagar respecto de sus representaciones sobre la misma, y pudimos ver que muchas de las respuestas sólo se abocaban a la provisión gratuita de MAC, e incluso, hacían referencia a MAC hormonales o DIU.

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

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

Estas citas son fundamentales por dos aspectos. Por un lado porque, al definir el PNSSPR únicamente como la entrega de MAC, siguen apareciendo vestigios de un viejo paradigma en que la SSR está asociada directamente con la maternidad (tanto en el balance del Ministerio de Salud como en las entrevistas que se realizaron). Por otro lado, porque además hacen hincapié sólo en

MAC hormonales o el DIU, dejando de lado otros métodos, como el preservativo (que es el único que previene las ITS).

Teniendo en cuenta esto, en los próximos aparados nos interesa profundizar respecto de la forma que adquieren las Consejerías de SSR que insta a construir el PNSSPR y las opiniones que suscitan los distintos tipos de MAC.

¿Planificación familiar o Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva?

Desde los ´60, en los centros de salud existían los Consultorios de Planificación Familiar, abocados íntegramente a la planificación de la maternidad. Con la sanción de la Ley, y la visión de la SSR de manera integral y no sólo reproductiva, se *promueve la "Consejería" en SSR en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de SSR* (Ley 26.573).

Sin embargo, aunque en el 2010 el Ministerio de Salud presentó un documento de trabajo con una propuesta de diseño, organización e implementación de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, éstas no se realizaron en la mayoría de los centros de salud. Principalmente se debió a dos factores: el PNSSPR se había implementado 7 años atrás, por lo que muchos centro de salud ya habían organizado internamente –porque ninguna disposición establecía criterios al respecto- la entrega de los MAC de provisión gratuita a través de los consultorios de PF ya existentes; y por otro lado, el documento del Ministerio se superponía con programas municipales de Consejerías de Planificación Familiar que no se habían adecuado aún a la nueva Ley.

En el caso de Mar del Plata, siguen existiendo programas de PF en el sistema de salud municipal, al mismo tiempo que los profesionales de la salud no distinguen la SSR de la PF, y asocian directamente la SSR con los MAC. Esta correlación deja entrever cómo la visión integral

que propone la Ley sólo se expresa desde lo discursivo, ya que en la práctica aún queda mucho por avanzar.

Sin embargo, aunque consideramos que las Consejerías de SSR son –o deberían ser- superadoras a los consultorios de PF, al realizar el trabajo de campo ni siquiera encontramos estos viejos consultorios en los centro de salud. Sólo en uno de los CAPS analizados en esta investigación funciona un consultorio específico sobre PF. Al respecto, uno de los profesionales afirma que

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

En el CAPS 1, cada uno de los médicos atiende consultas de PF de manera individual y según sus criterios. Hasta el 2014 todo lo relacionado con PF y entrega de MAC estaba organizado por enfermería. Sin embargo, el último año se incorporaron al CAPS dos obstetras y una ginecóloga, quienes comenzaron a llevar adelante las consultas y el registro de los mismos.

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

Creemos que este aspecto, podría indicar cierto paternalismo por parte los profesionales respecto de las mujeres. Es decir, no se entiende el problema como producto de un sistema de salud excluyente (que se puede entrever en la falta de turnos, las dificultades en su acceso, la falta de personal, por ejemplo), sino que se carga la falla a las mujeres, responsabilizándolas.

Para seguirnos refiriéndonos a este aspecto, según el médico generalista, las mujeres no asisten a la consulta, pero desde que se implementó el PNSSPR, se han colocado 150 DIU y hay

otras 100 mujeres utilizando MAC hormonales. Más allá de que estos datos son estimados, para el médico…

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

A partir de estas ideas, lo que podríamos ver es que, para nuestros entrevistados, cuando las mujeres no asisten a las consultas de PF es producto de su falta de interés, pero cuando asisten es por el compromiso de los profesionales de la salud.

Por otro lado, en el CAPS 2 la organización con respecto a la PF es muy diferente, ya que funciona un consultorio referido a la temática tres veces por semana. La función de este consultorio está relacionada directamente con la entrega de MAC. Por lo tanto, el recorrido de las usuarias se inicia con la consulta al médico clínico, éste las deriva a ginecología, de allí pasan a ser atendidas en el consultorio de PF (que también se ocupa del seguimiento del uso de MAC), y finalmente retiran el MAC en la Farmacia del CAPS. Claramente este sistema es sumamente problemático para las mujeres, por un lado, por la cantidad de intermediarios que aparecen, y por el otro, porque las mujeres tienen que ir a esperar en la puerta del consultorio desde las cinco de la mañana para conseguir un turno, ya que sólo se entregan 10 turnos por día, lo que genera una barrera para las mujeres en el acceso al MAC.

<u>La diferencias en la entrega de MAC.</u>

Durante el transcurso de la investigación surgió por parte de los trabajadores, la falta de una reglamentación clara en el PNSSPR respecto a los criterios en la entrega de MAC y la escasez de insumos en algunos períodos. Sin embargo, cabe destacar que al contar el Programa con la opción de varios MAC, cada persona debería poder elegir cuál de esos métodos le resulta más conveniente

según su situación. Sin embargo, en los dos CAPS analizados podemos observar que los criterios médicos varían al momento de recomendar un MAC u otro, aunque según la Guía Práctica para Profesionales de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2012), deberían tener en cuenta los criterios de elegibilidad propuestos por la OMS.

Para poder indagar sobre este aspecto, se les preguntó a los profesionales cuáles eran los criterios para recomendar un MAC u otro.

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

Este médico afirma que los consejos forman parte del "sentido común". Pero, ¿cuál es el "sentido común"? ¿Estos consejos condicionan la libre elección del MAC que cada una considere acorde a sus necesidades? Si una mujer no quiere utilizar MAC hormonales y prefiere ponerse un DIU aunque aún no haya sido madre y no haya una contraindicación médica, ¿se le niega esa posibilidad? Según los criterios de elegibilidad de la OMS, el DIU es categoría 1 desde los 18 años de edad y en ningún momento se especifica la necesidad de haber transitado un embarazo, por lo que esa recomendación es impuesta por el médico generalista 2 creando una barrera en el acceso al DIU por parte de las mujeres que no hayan sido madres.

Este aspecto respecto del DIU es fundamental, ya que deja entrever que cómo algunos profesionales utilizan criterios que responden a lo que Cappuccio y otros (2006) definirían como *las concepciones, creencias y perfiles de formación de los profesionales de la salud*. Estas concepciones, en algunos casos como el que estamos presentando, operan a modo de barrera para el acceso al MAC, sobre todo teniendo en cuenta la relación de poder desigual que se presenta dentro del consultorio entre el profesional y la mujer.

Sin embargo, otros trabajadores contestaron que era una decisión de las mujeres y que, mientras no hubiera una contraindicación médica, podían elegir cualquiera de los MAC disponibles en el programa y el CAPS.

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

Aquí es necesario recuperar la frase del médico generalista 1: "eso depende de quién lo atienda". Teniendo en cuenta que dentro del consultorio el médico oficia de autoridad para las usuarias, el hecho de que aconseje usar un MAC en vez de otro sin haber contraindicaciones de por medio, ¿no se contradice con que cada mujer pueda elegir libremente que MAC utilizar?

Para poder adentrarnos en estas preguntas, nos parece fundamental detenernos en cada uno de los MAC que otorga de manera gratuita el PNSSPR.

Con respecto a los **MAC hormonales**, en el CAPS 1 se genera una discusión con respecto a diferencias de criterios sobre los requisitos para acceder a ellos.

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

Según el profesional, estos "criterios más duros" que instaló en el CAPS la ginecóloga eran necesarios porque las usuarias ya no hacían las consultas sino que simplemente retiraban los MAC hormonales. El requisito que instaló la nueva profesional del centro de salud para que las mujeres pudieran retirar un MAC fue el control ginecológico (PAP) anual como modo de "enganche" para las mujeres.

Sin embargo, este requisito genera controversias hacia dentro del CAPS, ya que los médicos generalistas consideran que hay que concientizar a las mujeres respecto de la importancia del PAP, pero no obligarlas a realizárselos a cambio de la entrega de los MAC hormonales. Sobre todo, teniendo en cuenta que el mismo PNSSPR no exige el PAP como requisito para la entrega.

En cambio, en el CAPS 2 la ginecóloga aclaró que se pide el control anual, pero que no es condición necesaria para retirar el método, ya que la falta de personal médico y la falta de turnos generan una sobrecarga en los profesionales que no les permite resolver todas las demandas. Lo interesante de este aspecto, es que la ginecóloga del CAPS 2 afirma que la falta de personal es la razón por la que no exigen el control anual, en vez de la garantía de los derechos de las mujeres y su autonomía.

Otro aspecto importante que apareció en los dos CAPS con respecto a los MAC hormonales fue la discontinuidad en su entrega y nos preguntábamos, ¿qué ocurre cuando una mujer utiliza un método que no se encuentra disponible? En una entrevista, la Asistente Social del CAPS 1, al hablar sobre las mujeres que llegaban con embarazos no planificados al CAPS hizo referencia a que eran producto de esta discontinuidad.

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

Lo interesante de esta cita, es que la Asistente Social no pone el énfasis en que ese embarazo es producto de la falta del MAC, sino en la mujer que no tiene la "conciencia" de cuidarse de otra forma. No aparece una reflexión sobre que discontinuar la provisión de MAC expone a las mujeres a embarazos no buscados, sino que se deposita toda la responsabilidad en la mujer. Al respecto,

Brown dirá que *el énfasis puesto en la información, como aquello capaz de transformar la posición del sujeto frente a su enfermedad o su salud sexual y reproductiva, lleva tácitamente la idea de un sujeto racional y voluntarista que solo necesita la información necesaria para poder hacerse responsable de su propia vida, como si la emocionalidad, lo azaroso, lo imprevisible del funcionamiento del cuerpo en general o más acotadamente de los afectos, el erotismo y la sexualidad pudieran controlarse a fuerza de razón y voluntad* (Brown, 2015: 337). Es necesario retomar esta idea de Brown (2015) ya que aporta al cuestionamiento de que el embarazo no deseado es por falta de "conciencia" como si las personas tomaran todas sus decisiones a partir de un análisis exclusivamente racional. El hecho de que los profesionales deleguen toda la responsabilidad en la mujer denota la falta de autocrítica tanto de sus prácticas como del sistema en el que están insertos.

Con respecto al **implante subdérmico**, se puede colocar en el mismo CAPS, sin necesidad de que la usuaria concurra a un Centro de Salud de alta complejidad. Este implante dura tres años y está dirigido exclusivamente a adolescentes de entre 15 y 19 años que hayan tenido un evento obstétrico (parto o aborto) en el último año.

Lo que se pudo apreciar es que los trabajadores hacen referencia a la escasez de implantes. Por lo tanto, se define entre el equipo de salud qué adolescentes van a ser beneficiarias de dicho método. En esta línea, la Asistente Social del CAPS 1 hace referencia a que, aunque lo deciden interdisciplinariamente entre los médicos generalistas, las enfermeras, la obstetra y ella, quienes más peso tienen en las definiciones son la obstetra y las enfermeras porque conocen a la familia de la adolescente. Sin embargo, ¿conocer a la familiar puede representar un criterio de inclusión al momento de colocar un recurso estatal?

Este criterio indica la invisivilización de la usuaria en esa decisión. La asistente social se refiere en un momento a que, más allá de la discusión entre los profesionales, entre quienes conocían a la familia "ya se resolvió que se lo ponían", dando a entender que la usuaria no formó

parte de la decisión. El proceso de deliberación entre los profesionales sobre la posibilidad o no de la mujeres de acceder a un implante no culminaría en una oferta, sino en una imposición.

Esta idea da cuenta de la forma que adquiere la relación entre los profesionales de la salud y las usuarias. Tanto en la falta de acceso a las consultas de PF como en la responsabilización de la mujer en los embarazos no planificados que planteábamos anteriormente, aparece esta visión paternalista de los trabajadores de la salud, dónde se opacan las decisiones de las mujeres. Fundamentalmente, aparece la idea de que, en los casos en que el sistema de salud o el rol de los profesionales falla por algún motivo, es responsabilidad de las mujeres que no tomaron alguna decisión de manera "consciente", mientas que en otros casos como el anterior, parecería que se invisibiliza a la mujer en la toma de estas decisiones.

Con respecto a los **preservativos**, en el CAPS 2 son entregados por la Farmacia que se encuentra dentro del Centro de Salud, lo que opera a modo de barrera para las personas que no pueden acercarse al CAPS en los horarios en que está abierta.

En cambio, en el CAPS 1 se dan diferentes estrategias para la entrega de los mismos. Por un lado, hay un dispenser de preservativos en la administración, que no se encuentra muy visible ya que dos profesionales afirmaron que en el CAPS no existe el mismo (aunque pudimos observarlo durante el trabajo de campo y siempre se encontraba vacío). Uno de estos profesionales, hizo referencia a que la falta de dispenser se debía a que

> *"la gente se lleva a mansalva […], es algo que tendría que ser entregado bien".*
> Enfermera 2 – CAPS 1

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

se los lleve indiscriminadamente. Sin embargo, un médico generalista criticó esta medida y sostuvo que los preservativos se debían entregar igual ya que la gente debía poder acceder a la cantidad que necesitara sin tener que pedírselos a un profesional. Por otro lado, algunos profesionales como la asistente social, se refirieron a que tenían preservativos disponibles en sus consultorios por si las personas les pedían. En síntesis, cada profesional actúa de la manera que cree conveniente, aunque en todos los casos, hay gente que queda excluida.

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

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

> (Sobre la ligadura tubaria) *"antes por poco había que firmar no sé cuántos papeles y era muy difícil acceder a ella, incluso en casos que realmente lo necesitaban".* Médico generalista 1 – CAPS 1.

A su vez, cabe destacar que en ninguna de las entrevistas apareció siquiera una mínima mención a la vasectomía como forma de anticoncepción. Esta omisión es coherente con el hecho de que son las mujeres quienes hacen mayor uso de estos servicios, así como la invisibilización de los varones en los temas de SSR. Además, resulta interesante subrayar que el profesional, al hacer referencia a los casos que "realmente lo necesitaban", deja entrever el hecho de que si la mujer la solicita, en tanto derecho, no es tan válido como una necesidad médica. En este sentido, invalidando las necesidades de las usuarias se podría afirmar que se vulneran sus derechos y su autonomía.

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

En síntesis, al observar las diferencias que se presentan en cada uno de los CAPS se puede ver no sólo una presencia mucho más activa de las mujeres que de los varones, sino que estos están casi invisibilizados. En pocas ocasiones los varones acompañan a las mujeres en sus visitas al CAPS sobre temas relacionados con la SSR.

V. Conclusiones

La sanción de la Ley de SSR significó un gran avance en Argentina en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas. Sin embargo, no podemos desconocer que aún existen barreras en el acceso. Por esto, es fundamental que busquemos generar herramientas que nos permitan superar esas limitaciones para garantizar el acceso a un pleno ejercicio de derechos en materia de SSR de toda la población.

La atención sobre temas relacionados con SSR no se realiza en los CAPS de manera sistemática ya que no encontramos consejerías sobre estos temas en sintonía con la conceptualización de la Ley.

También pudimos notar la relación que establecen los profesionales de la salud entre la SSR y la entrega gratuita de MAC, especialmente la distribución de MAC hormonales y colocación de DIU; centrando el foco de la SSR en la prevención de los embarazos no deseados y dejando de lado aspectos centrales como las ITS.

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

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

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

A partir de los resultados arrojados por nuestra investigación, entendemos que tanto la regulación e implementación en de una Ley o la aplicación de un programa nacional -ya sea en materia de SSR como de cualquier otro derecho humano- debe pensarse desde una perspectiva teórica que pueda contener la tensión y los procesos de negociación, así como también la direccionalidad y verticalidad que adoptan las opiniones y las representaciones de los profesionales.

Por otro lado, abordar este análisis y estas discusiones desde una perspectiva interdisciplinaria, quizás allane el camino para garantizar de manera más integral el acceso a los derechos humanos universales y la construcción de sujetos de derecho.

VI. Bibliografía

Brown, J. (2013). Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990 – 2006). Buenos Aires, Argentina: Teseo.

Brown, J. (2015). Sentidos sobre derechos, salud y sexualidad en Argentina. Un estudio exploratorio. Question, 1(48).

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

Mateo, N. (2017). Los debates conceptuales respecto de la salud sexual y reproductiva: ¿un problema de derechos humanos? Trabajos y comunicaciones, 46.

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

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

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