

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Licenciatura en Trabajo Social

“Derechos sexuales y reproductivos en la Red de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario. Análisis del Centro de Salud Henry Dunant”.

Trabajo Integrador Final – Modalidad Investigación

Estudiante: Celeste Aused – celesteused@gmail.com

Directora: Mg. María Alejandra Ingaramo - ma.ingaramo@gmail.com

Rosario, octubre 2023

RESUMEN

En este Trabajo Integrador Final analizaremos cómo se garantiza el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la Red de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario, especialmente el acceso a anticoncepción e interrupción del embarazo. Para abordar el estudio en primer lugar se relevan antecedentes históricos y en segundo lugar se presentan las líneas conceptuales que orientan el análisis. Con la información reunida, se presenta primero un panorama general de lo que sucede en esa red de salud, utilizando datos cuantitativos provistos por el Área de Estadísticas y Censos de la Secretaría de Salud Pública; y a continuación cómo se garantizan estos derechos en el Centro de Salud “Henry Dunant”, a partir de datos cualitativos obtenidos por medio de entrevistas semiestructuradas. Finalmente, dedicamos un apartado especial a la intervención del Trabajo Social en este tipo de situaciones y sintetizamos algunas conclusiones generales derivadas del proceso de investigación.

PALABRAS CLAVE: Derechos Sexuales y Reproductivos - Accesibilidad - Anticoncepción – Interrupción Legal Voluntaria del Embarazo

NOTA DE LA AUTORA

Crecer y circular en nuestra sociedad habitando un cuerpo biológicamente femenino y performando ese género es una cosa que a veces puede ser muy extraña. Tu cuerpo no siempre es tu cuerpo, hay algo de la autonomía corporal que al ser mujer viene y va. Ser mujer y caminar por la calle, sin compañía de una persona que sea o aparente ser un varón, es entendido por algunas personas como una invitación a marcar su dominio sobre tu cuerpo de las formas más variadas. Algunas son más bien sutiles: miradas indiscretas, silbidos, susurros. Otras son bien concretas: gritos, roces, manoseos, abusos. Casi todas las mujeres tenemos alguna anécdota de este estilo en nuestro haber. Mi cuerpo (el cuerpo de cada una de nosotras) a veces no es mi cuerpo. Crecimos naturalizando la idea de que nuestra autonomía corporal es relativa, variable, a veces la podemos ejercer, a veces no. Para mí, desarmar esa idea y entender la autonomía sobre mi cuerpo como un derecho no fue posible hasta que llegué a la Universidad.

Algunos años atrás, preparando un examen final leí un texto que sembró una idea cual semilla en mi cabeza. El texto era de Silvia Levín y hablaba sobre la sanción de la ley 25.673 (Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva) y cómo se había quedado corta esa normativa para garantizar la autonomía plena de las mujeres sobre su cuerpo. La autora describió este asunto con mucha más precisión académica, pero eso fue lo que me quedó. Y ahí surgió la primera idea que anima este TIF: entender los derechos sexuales y reproductivos como la base para reclamar la autonomía sobre mi (nuestros) cuerpo(s).

La otra idea que orienta este texto es la necesidad de visibilizar la labor de los servicios públicos en la coyuntura política en la que termino de escribir este trabajo. Estamos frente a una nueva elección presidencial en Argentina, y vuelve a circular en 2023 aquella narrativa que acusa a los servicios públicos de ineficientes, blandiendo esa excusa para desmontarlos, y afirmando que el sector privado debería hacerse cargo de proveer bienes a los ciudadanos. Este trabajo pretende demostrar, con datos reales y concretos, tanto cuantitativos como cualitativos, que esa retórica no tiene fundamento alguno.

Los servicios de salud públicos y gratuitos garantizan a un gran número de personas no solo el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos, sino también la posibilidad de ejercer un poco más su autonomía corporal. Consideramos esencial sostener esos servicios públicos y gratuitos en una sociedad donde el ejercicio de la autonomía corporal, especialmente para las mujeres, puede resultar por momentos una odisea.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
1. DERECHOS EN CONSTRUCCIÓN / Antecedentes históricos.....	11
1.1 - Construcción de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina.....	11
1.2 - Antecedentes históricos a nivel internacional.....	13
1.3 - Antecedentes históricos en la Argentina.....	18
1.4 - Antecedentes históricos en la provincia de Santa Fe.....	23
1.5 - Antecedentes históricos en la ciudad de Rosario.....	25
2. EL ANDARIVEL TEÓRICO / Ejes conceptuales.....	32
2.1 – Derechos sexuales y reproductivos.....	33
2.2 - Atención Primaria de la Salud.....	36
2.3 – Accesibilidad.....	39
2.4 - Capacidades estatales.....	41
2.5 – Intervención profesional del Trabajo Social.....	43
3. EXCAVANDO DATOS / Apartado metodológico.....	46
4. UNA MIRADA POSIBLE / Análisis de los datos.....	52
4.1 – Datos estadísticos de la Red de Salud Pública Municipal.....	52
4.2 – El Centro de Salud Municipal “Henry Dunant”	55
4.3 – Los derechos sexuales y reproductivos en la Red de Salud Municipal: la mirada de los trabajadores de los servicios de salud.....	58
4.3.1 – Condiciones de acceso a métodos anticonceptivos en el nivel local.....	58
4.3.2 – Condiciones de acceso a la interrupción legal voluntaria del embarazo en el nivel local.....	65
4.3.3 – Capacidades estatales y garantía de acceso a derechos sexuales y reproductivos en el nivel local.....	71

4.3.4 – Rol del trabajador social en la garantía del acceso a derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención de la salud.....	76
5. REFLEXIONES FINALES	80
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo fue realizado en el marco de nuestra formación en la Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario. Al finalizar la formación, los estudiantes de grado debemos presentar un Trabajo Integrador Final que contribuya al campo de conocimiento en el cual fuimos formados. Para desarrollar nuestra propuesta elegimos la modalidad “Investigación” y decidimos realizar un estudio que constituya un aporte relevante al campo disciplinar del Trabajo Social.

Como tema de investigación elegimos las condiciones de acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública de la ciudad de Rosario. Proponemos analizar las condiciones en que se garantiza el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública municipal, centrando la mirada especialmente en un efector de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario y en dos temáticas fundamentales que forman parte del amplio abanico de estos derechos: el acceso a métodos de anticoncepción y a la interrupción legal voluntaria del embarazo, detallando el rol de las capacidades técnicas del Estado, especialmente el papel desempeñado por los profesionales de Trabajo Social, en el resguardo del acceso a estos derechos. El estudio se enfocará en el período comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2022.

Para desarrollar este trabajo de investigación, nos propusimos como objetivo general analizar las condiciones de acceso a la política de salud sexual y reproductiva en el período comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2022, en relación al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública municipal, específicamente en el Centro de Salud “Henry Dunant” de la ciudad de Rosario.

En cuanto a los objetivos específicos trabajamos en relación a: 1) Caracterizar el protocolo de acceso a los métodos anticonceptivos en el nivel local; 2) Describir los mecanismos institucionales que garantizan el acceso a la interrupción legal voluntaria del embarazo en el nivel local; 3) Analizar las capacidades técnicas del Estado para garantizar el acceso a los servicios de salud relacionados a la anticoncepción y a la interrupción legal voluntaria del embarazo en el nivel local; 4) Releva el papel desempeñado por los profesionales de Trabajo Social en el resguardo del acceso a la anticoncepción y a la interrupción legal voluntaria del embarazo en el nivel local.

Elegimos este tema de investigación por la complejidad que presenta el acceso a la salud sexual y reproductiva en nuestro país. La historia de los derechos sexuales y reproductivos es una historia de conquista, motorizada por el movimiento de mujeres y la potencia de su deseo. Esta cuestión se comienza a instalar en la agenda pública a partir del retorno de la democracia. Retomando a Meng (2006), es posible observar que desde la década de 1980 se lograron avances en dirección a los derechos sexuales de las mujeres. Estos avances plasmados en convenciones, tratados y acuerdos, siguiendo a Meng (2006), lejos estaban de lograr una legitimación social y una universalidad jurídica en Argentina. Recién en la década de los '90 se abre la posibilidad de discutir una política de salud sexual y procreación responsable. En el año 2002, luego de varios intentos por lograr su aprobación en ambas cámaras legislativas, se sanciona la ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En los años siguientes se sanciona una serie de leyes que amplían los derechos sexuales y reproductivos, entre ellas la ley 26.150, que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, y la ley 26.130, que garantiza el acceso a la Anticoncepción Quirúrgica, por mencionar solo algunas.

Más cerca en el tiempo, observamos cómo se va instalando el debate por la legalización del aborto en Argentina. Tomamos en este sentido lo planteado por Fernández Vázquez (2021), quien analiza en primer término la despenalización del aborto por causales, en el marco de lo establecido en el Código Penal de 1921. Y luego aborda los antecedentes y los sucesivos intentos por lograr sancionar una ley que reglamente el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo sin mediar causales hasta la semana catorce de gestación. Esta Ley fue sancionada en diciembre de 2020, consagrando el acceso legal al aborto voluntario en nuestro país, impulsada en gran medida por la lucha del amplio movimiento de mujeres y de la diversidad.

Recuperando lo planteado por Levín (2009), sostenemos que el cuerpo de las mujeres ha sido históricamente un espacio conflictivo objeto de apropiación social, sometido a poderes externos que limitaban su autonomía. La reproducción y la sexualidad constituyen exclusiones de la inclusión de ciudadanía plena de la mujer en nuestras democracias. Coincidimos con Levín (2009), quien señala que luego de la sanción del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se garantiza a las mujeres la posibilidad de regular el número y frecuencia de los nacimientos. Sin embargo, la implementación de esta política no garantizaba a las mujeres la no procreación; aquellas que no querían ser madres, no podían elegir autónomamente sobre sus cuerpos.

A lo largo de este trabajo, decidimos centrar la mirada en dos ejes: el derecho a la anticoncepción y el derecho a la interrupción del embarazo. Si bien comprendemos que el campo de los derechos sexuales y reproductivos es considerablemente más amplio, entendemos que estas dos líneas fueron históricamente objeto de disputa y abrieron la posibilidad para comenzar a discutir en nuestro país el acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva. Creemos, siguiendo a Ramos (2007), que estas dos políticas fueron las banderas de lucha que instalan la problemática de los derechos sexuales y reproductivos en la agenda pública a lo largo de las últimas décadas, volviéndose ejes centrales para garantizar la ciudadanía plena de las mujeres.

Por otra parte, elegimos un efector ubicado en el primer nivel de atención de la salud para realizar la mayor parte de nuestro proceso de investigación y justificamos esta decisión a partir del hecho de que los efectores de atención primaria son los que se hallan más cerca de la población y son los encargados de implementar la estrategia de promoción de la salud. Siguiendo a Perrotta (s/f), el modelo de atención primaria intenta desarrollar actividades en la línea de la promoción de la salud, respondiendo a la idea de construcción de conocimiento y empoderamiento, lo que implica poner al centro de la estrategia la toma de poder y la participación comunitaria. En este sentido, la tarea consiste en poner a disposición de las comunidades los recursos necesarios para que los ciudadanos puedan tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para ejercer el derecho a la salud, fomentando la posibilidad de que sea la población la que identifique sus problemas y elija la manera que mejor le parezca para enfrentarlos. En esta estrategia, uno de los valores clave es la autonomía, la cual puede ser pensada, en relación a los derechos sexuales y reproductivos, en términos de fomento de la capacidad para tomar decisiones libres, informadas y responsables por parte de la población sobre su sexualidad.

Otro aspecto que deseamos aclarar es por qué se elige un efector público para desarrollar este proceso de investigación. En relación a esta cuestión, entendemos junto a Levín (2018) al Estado como el garante del derecho a la salud pública y como el actor que debe brindar a las mujeres la cobertura de servicios para la realización de las prácticas necesarias para ejercer su derecho a decidir. Esta autora comprende que la sanción de las leyes, fruto de la lucha de las mujeres por obtener autonomía sobre sus cuerpos, no sólo implica levantar el castigo y erradicar la ilegalidad de su accionar, sino que también ubica al Estado como el garante del acceso a estos derechos. No sólo es necesario despenalizar estas prácticas, para que dejen de ser delito. También hay que legalizarlas, reconociendo

el derecho humano a la libertad de decidir sobre el cuerpo y a recibir por parte del Estado la garantía del acceso para toda la población, no sólo aquel sector que tiene la posibilidad de pagar por estos servicios en la salud privada. La historia de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país (iniciada a fines de la década de los '80) nos enseña que el campo de la salud pública se constituye en un refugio para estas demandas. Este campo fue la arena política donde se construyó el consenso que habilitó los sucesivos avances hacia la libertad de decidir en materia de sexualidad y de reproducción.

Finalmente, queremos aclarar que en este trabajo se abordará principalmente el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las personas asignadas al nacer como mujeres y que se autoperciben con esa identidad de género en el transcurso de su vida y que a partir del marco normativo novedoso que trata el derecho a la identidad de género en Argentina se reconoce a las personas con capacidad de gestar, cuyas identidades de género no se encuentran feminizadas. A lo largo de nuestro proceso de reconstrucción de antecedentes históricos pudimos observar que la lucha por los derechos sexuales y reproductivos estuvo motorizada fundamentalmente por colectivos de mujeres nucleados principalmente en el amplio movimiento feminista, y apoyados por otros movimientos sociales. Creemos que el análisis de los derechos sexuales y reproductivos de personas que pertenecen a otros grupos, como el colectivo LGBTIQ+, merece un trabajo de investigación aparte, puesto que excedería ampliamente los límites de esta propuesta.

Para cerrar esta introducción, presentamos brevemente las secciones que componen el siguiente trabajo. En el primer capítulo recorreremos los antecedentes históricos que constituyen el contexto en el cual se inscriben los derechos sexuales y reproductivos analizados. Los mismos son recuperados en cuatro niveles: internacional, nacional, provincial y municipal. En el segundo capítulo introducimos las cinco líneas conceptuales que enmarcan nuestro proceso de investigación: derechos sexuales y reproductivos, atención primaria de la salud, accesibilidad, capacidad estatal e intervención del Trabajo Social. El tercer capítulo consiste en un breve apartado metodológico, donde se da cuenta de la estrategia utilizada para recoger y analizar la información y se detalla la recolección de los datos analizados. En el cuarto capítulo se presentan algunas características del Centro de Salud estudiado y los resultados del análisis de los datos recuperados. Cerramos el desarrollo de este trabajo con algunas conclusiones generales surgidas a lo largo de la investigación.

Aprovechamos este espacio para agradecer a todas las personas que de una forma u otra contribuyeron a la elaboración de este trabajo. Queremos hacer especial mención al personal de la Secretaría de Salud Pública que facilitó el acceso a los datos cuantitativos analizados y a las personas que nos brindaron su tiempo para ser entrevistadas. La autora de este trabajo desea agradecer especialmente a María Alejandra Ingaramo, por su guía en el proceso de construcción de este proceso de investigación. Y a los familiares y amigos que estuvieron presentes a lo largo de la construcción de este texto, soportando quejas y horas interminables de charla sobre el avance del mismo. La responsabilidad por todo lo escrito en las páginas siguientes es de la autora de este escrito, pero no hubiera sido posible el desarrollo del mismo sin el apoyo de todas las personas arriba mencionadas.

A lo largo de las líneas que siguen, buscamos contribuir en alguna medida al campo disciplinar del Trabajo Social desde nuestra posición de estudiantes en una universidad pública, estatal y gratuita. Este trabajo es nuestro intento por devolver a la institución que nos formó algo de todo lo que nos llevamos luego de haber “caído” en sus aulas y haber transitado un proceso de enorme crecimiento que no hubiera sido posible sin el contacto con los textos, las ideas y las personas que conforman la Universidad que elegimos para formarnos como profesionales. Esperamos, hacia el final de este escrito, haber logrado arrojar algo de luz sobre el modo en que se garantizan los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública municipal de la ciudad de Rosario. Ojalá disfruten de la lectura de este texto tanto como quien suscribe disfrutó escribiéndolo.

1. DERECHOS EN CONSTRUCCIÓN / Antecedentes históricos

1.1 - Construcción de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina

Para comenzar, retomamos el proceso de construcción de estos derechos en Argentina. De acuerdo a Petracci y Pecheny, este proceso se divide en tres etapas. En un primer momento, que los autores denominan “La salida del silencio” (Petracci y Pecheny, 2007: pág. 29), se produce un pasaje de las políticas pronatalistas sancionadas por el último gobierno peronista y reforzadas por el Proceso de Reorganización Nacional hacia el reconocimiento del derecho de las parejas a decidir sobre la cantidad de hijos que desearan tener. Esta etapa se inicia a partir del retorno de la democracia, en el año 1983. Se dan las primeras experiencias locales de distribución y entrega gratuita de anticonceptivos, y se produce un hecho histórico para las políticas de salud sexual: la epidemia de VIH/SIDA. Aquellos movimientos sociales de la década de los ‘60 que defendían el derecho a la diversidad sexual en Argentina y los que bregaban por instalar en la agenda pública demandas de género, vuelven a aparecer en la escena pública luego de tener que interrumpir su lucha durante los sangrientos años de la dictadura militar inaugurada en 1976 (Felitti y Queirolo, 2009). Se suma el movimiento de lucha contra el VIH/SIDA, surgido con fuerza a partir de la epidemia de esta enfermedad en los ‘80 (Petracci y Pecheny, op. cit.). En una segunda etapa, denominada “Un debate estridente”, se produce una discusión crucial para el avance de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) en el contexto de la Reforma de la Constitución Nacional. La Reforma incluye en el documento de mayor jerarquía jurídica de la Argentina a la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), la cual instala la necesidad de garantizar a todas las personas sus derechos sexuales y reproductivos (Petracci y Pecheny, 2007: pág. 32). Durante la Reforma, el poder ejecutivo de turno (liderado por el presidente Menem) intenta incorporar en la nueva Constitución un artículo que garantizara el derecho a la vida desde la concepción. Finalmente, este artículo no es tenido en cuenta por la Asamblea Constituyente, pero esta iniciativa por parte del gobierno termina instalando el debate sobre el aborto en la agenda pública. Numerosos actores se pronuncian al respecto en diversos medios de comunicación, tanto a favor de la interrupción voluntaria del embarazo como en contra (Petracci y Pecheny, op. cit.). La última etapa recuperada por estos autores, denominada “Un debate persistente”, engloba la discusión en torno a la sanción de la Ley que crea el Programa Nacional de Salud

Sexual y Procreación Responsable. Esta Ley fue debatida a nivel parlamentario en tres ocasiones antes de ser finalmente aprobada en 2002 (Petracci y Pecheny, 2007: pág. 35).

Entre los puntos que suscitaron mayor conflicto durante ese debate se destaca la objeción de conciencia por parte de los profesionales médicos y el acceso a métodos anticonceptivos por parte de la población adolescente. Si bien esta Ley logra ser aprobada, gracias al impulso del movimiento de mujeres que militaron activamente en la calle para alcanzar su sanción, diversos grupos opositores alineados a movimientos Pro Vida presentaron una serie de medidas judiciales para frenar su implementación. Tanto el fuerte apoyo político brindado por el presidente Néstor Kirchner, como la gestión del ministro de salud nacional, Ginés González García, permitieron implementar este programa, más allá de la resistencia de ciertos grupos. A su vez, se destaca la amplia aceptación de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la mayoría de la población (Petracci y Pecheny, op. cit.). En la primera década del siglo XXI, Argentina presentaba un escenario favorable a la sanción de diferentes leyes que significaron un gran avance para la garantía de los DDSSRR.

Otra autora que recupera la construcción de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina es Silvia Levín, quien plantea que el consenso alcanzado en 2002 con la Ley que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable logra garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos a la población, aunque con limitaciones a la libertad de las mujeres. Si bien implica un punto de inflexión al posibilitar algunas transformaciones importantes, estas no garantizan la plena libertad de las mujeres sobre su cuerpo. Este Programa reconoce a los derechos sexuales y reproductivos como esferas del campo de la salud pública, no como elementos de la libertad del cuerpo de las mujeres. Se deja fuera de discusión la libertad absoluta de decidir en materia de sexualidad y de reproducción y las respuestas a esta problemática se refugian en la salud pública, brindando a las mujeres acceso a cierta cuota de libertad para decidir en materia reproductiva (métodos anticonceptivos), pero sin garantizar la libertad plena para decidir no matenar (interrupción del embarazo) (Levín, 2018).

En este sentido, Levín plantea que la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo es un paso necesario para garantizar la libertad de las mujeres sobre su propio cuerpo. Según esta autora, la libertad del cuerpo permite a las mujeres ejercer su capacidad política plena, al poder decidir sobre sí mismas. El feminismo, al jerarquizar

esa libertad, incluye a las mujeres en la esfera pública y brega por la garantía de su ciudadanía plena (Levín, 2018).

El proceso de construcción de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país presentó grandes avances en las últimas décadas, impulsados en gran medida por la lucha de los movimientos sociales que colocaron estas demandas en la agenda pública. Para comprender mejor el contexto que enmarca este proceso, se recuperan en los siguientes apartados los principales acontecimientos a nivel internacional, nacional, provincial y local que ampliaron el acceso a estos derechos.

"...la libertad del cuerpo permite a las mujeres ejercer su capacidad política plena, al poder decidir sobre sí mismas. El feminismo, al jerarquizar esa libertad, incluye a las mujeres en la esfera pública y brega por la garantía de su ciudadanía plena (Levín, 2018)..."

1.2 - Antecedentes históricos a nivel internacional

Citamos como antecedentes clave la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer de las Naciones Unidas (conocida como CEDAW), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo por las Naciones Unidas, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer reunida en Beijing y el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, realizado en Uruguay.

La CEDAW fue adoptada por Naciones Unidas en 1979 y por Argentina en 1980. A su vez, nuestro país la aprobó mediante la ley 23.179 en 1985 y desde 1994, a partir de la reforma de la Constitución Nacional, goza de jerarquía constitucional (Spaventa, 2017). Esta Convención contribuye a la construcción de los DDSSRR al establecer de manera amplia qué constituye discriminación hacia la mujer, expresión referida a toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas políticas, económicas, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. La CEDAW propone como objetivo que todos los Estados parte implementen políticas tendientes a eliminar cualquier forma de discriminación contra la mujer (1979). Si bien destacamos el progreso que implica la afirmación de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en este documento, observamos que la visión de la mujer predominante en el mismo está asociado principalmente a su rol materno. Existe un marcado énfasis en la protección de la maternidad, en todos los ámbitos en los que se desarrolla la mujer. El acceso a los derechos sexuales y reproductivos es entendido en

clave familiar; se afirma la necesidad de garantizar esos derechos, pero pensando en el bienestar de la familia como unidad básica, y no de la mujer como sujeto individual. Esto se observa en el apartado de atención a la salud, donde dice específicamente que los Estados parte deben garantizar a la mujer servicios apropiados para el embarazo, el parto y el posparto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y deben asegurar a la mujer una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Recién en el apartado sobre derechos en el matrimonio aparece una afirmación más alineada con los DDSSRR, al establecer que hombres y mujeres tienen los mismos derechos para decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (CEDAW, 1979). Prevalece una visión de la sexualidad asociada a la procreación y al ejercicio de la maternidad, que no incluye la posibilidad de interrumpir de forma legal voluntaria el embarazo.

Respecto de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo llevada a cabo en la ciudad de El Cairo en 1994, en su Programa de Acción se afirma que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y se convoca a los Estados a asegurar el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva y la salud sexual. A su vez, se establece que todas las personas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo (Naciones Unidas, 1995). En este documento se formula una amplia definición de salud reproductiva, que incluye a la salud sexual, a partir de la cual se conceptualizan los derechos sexuales y reproductivos. Se reconoce que la salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas a causa de los conocimientos insuficientes sobre sexualidad y la información y los servicios insuficientes en materia de salud reproductiva, la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo, las prácticas sociales discriminatorias, las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. Se proponen, a su vez, una serie de objetivos relacionados con el acceso a información y servicios; el apoyo a las decisiones y la atención de las necesidades. Una cuestión que remarca el documento es la importancia de la atención primaria de la salud en la garantía del acceso a los DDSSRR y el rol esencial que cumplen estos servicios para garantizar la llegada de la información y de los insumos

necesarios a la población. Por otra parte, se menciona la realización de abortos clandestinos y la necesidad de que los gobiernos implementen medidas tendientes a evitar que ocurran y se convoca a los Estados a brindar atención a aquellas mujeres que se los practican, aun en países donde constituye una práctica ilegal (Naciones Unidas, 1995).¹

La Conferencia de El Cairo tuvo en Argentina un profundo impacto. Los avances más importantes se produjeron en el campo legislativo, con una gran cantidad de leyes relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos sancionadas en nuestro país luego de la misma. Sin embargo, la implementación de estas leyes no fue uniforme en todo el territorio. Argentina es un país federal, y las provincias conservan un alto grado de autonomía que exige la expresa adhesión a la legislación nacional en muchos aspectos de la salud y la educación. La implementación efectiva de estas leyes en cada jurisdicción depende de la voluntad de los gobiernos provinciales, quienes pueden allanar el camino u obstaculizar la realización efectiva de los derechos consagrados en las leyes nacionales. A su vez, se observa un alto grado de precariedad de la información estadística disponible a nivel nacional en relación al acceso a los DDSSRR. Por otra parte, fue gracias a la presión ejercida por las organizaciones de mujeres que se logró avanzar en el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa de Acción y poner en agenda la problemática del acceso a los derechos sexuales y reproductivos en Argentina (Alanis, Romero y Bianco, 2009).

Otro antecedente en el plano internacional es la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, reunida en Beijing en 1995. En esta Conferencia se marcaron algunas pautas en relación a los DDSSRR, en línea con la Conferencia de El Cairo. Se remarca la importancia de garantizar a las mujeres el control sobre todos los aspectos de su salud, en particular su fecundidad; a su vez, se afirma la necesidad de promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación. En relación a la educación, establece como prioridad eliminar las barreras que se oponen a la enseñanza de cuestiones sexuales y de salud reproductiva y se remarca el rol esencial que tiene la educación sexual para evitar los embarazos no deseados, la propagación de enfermedades transmitidas sexualmente y la violencia y el abuso sexual. Respecto de la salud, se recomienda fortalecer los servicios

¹ Esta Conferencia es un hito fundamental en la construcción de los derechos sexuales y reproductivos por la importancia que otorga a estos derechos y la centralidad que los mismos adquieren a lo largo del documento. Si bien se observa una gran resistencia por parte de ciertos países (incluida la Argentina) que realizan reservas a los postulados del Programa, el hecho de que el Documento haya sido firmado por los representantes de la mayoría de los países participantes constituye un logro histórico para el avance de los derechos sexuales y reproductivos.

de salud sexual y reproductiva destinados a adolescentes para disminuir el impacto y las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. El documento establece que la maternidad y el matrimonio prematuros son grandes obstáculos para el progreso educativo, económico y social de la mujer. En el Programa de Acción se retoma la definición de salud sexual y reproductiva y de DDSSRR propuestas en El Cairo y se observa una clara intencionalidad hacia el logro de la igualdad entre hombres y mujeres. Se afirma que las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual. En relación al aborto, se sostiene que su realización en condiciones peligrosas pone en peligro la vida de las mujeres y representa un grave problema de salud pública, ya que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos. A lo largo del documento, se reconoce que muchas mujeres se realizan abortos clandestinos, en

"...la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos... la responsabilidad compartida por mujeres y hombres sobre el comportamiento sexual y reproductivo es un elemento indispensable para mejorar la salud de la mujer (Naciones Unidas, 1996)..."

condiciones pésimas de seguridad y se insiste en eliminar aquellas leyes que castigan a las mujeres que se practican abortos ilegales. El Programa de Acción de la Conferencia de Beijing plantea que la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita sus oportunidades y se afirma que la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. Se señala que la responsabilidad compartida por mujeres y hombres sobre el comportamiento sexual y reproductivo es un elemento

indispensable para mejorar la salud de la mujer (Naciones Unidas, 1996).

Finalmente, retomamos el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, reunido en Uruguay en el 2013. Esta conferencia convocada por la CEPAL pretendía reforzar la implementación del Programa de Acción de El Cairo y su seguimiento después de 2014 en América Latina. Allí se reafirma que la promoción y la protección de los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible. Se remarca la preocupación por los altos y desiguales niveles de embarazo en la adolescencia que se

registran en la región, asociados a uniones forzadas, y abuso y violencia sexuales. Se proponen como medidas para garantizar a niñas, niños, adolescentes y jóvenes el acceso a sus DDSSRR asegurar la implementación de programas de educación sexual integral, crear servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes y jóvenes y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad. Respecto de la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos en general, en el documento se afirma que estos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales. Se plantea también la preocupación por las elevadas tasas de muertes maternas, debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y se reconoce que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos. Se sigue en este documento la línea inaugurada por la Conferencia de El Cairo, al plantear la necesidad de garantizar a las personas el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva. A su vez, se insiste en fomentar la educación sexual integral, el acceso a métodos anticonceptivos y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y la atención posaborto. El Consenso pretende asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud sexual y reproductiva, específicamente a atención obstétrica humanizada y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos en que sea legal. Se afirma a su vez, la importancia de garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia (CEPAL, 2013). En este Consenso aparece una fuerte demanda de implementación de educación sexual integral y la necesidad de garantizar a todas las mujeres el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios donde puedan realizarse abortos en condiciones seguras. Si bien hubo algunos países que plantearon reservas al documento, se observan menos reservas de países latinoamericanos que en los documentos internacionales analizados previamente, y la sanción de una serie de leyes en Argentina, en la misma época, que siguen la línea establecida en este Informe. Algunas de ellas serán recuperadas en el apartado siguiente.

1.3 - Antecedentes históricos en la Argentina

La construcción de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina se potencia en la agenda pública con el retorno de la democracia en 1986 (Meng, 2006). Ese año se crea el primer programa de procreación responsable en una ciudad argentina: el programa de procreación responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Al año siguiente, en la provincia de Río Negro se sanciona una iniciativa similar: el Programa Permanente de Promoción de la Mujer. Entre 1991 y 2001, trece provincias más sancionan regulaciones propias, que crean programas orientados a la salud reproductiva y a la salud sexual (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

El año 2002 marca un hito en la historia de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina, a partir de la sanción de la Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Esta Ley establece una serie de objetivos en línea con lo propuesto en las convenciones internacionales citadas previamente. Se propone como meta alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. A partir de una lectura detallada, contextualizada en el 2023, surgen algunas cuestiones interesantes en esta Ley. Por un lado, se establece que los métodos anticonceptivos a distribuir entre la población deberán ser reversibles, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios (Ley 25.673, 2002). Si bien esta ley representó un gran avance para la época, queda claro que el límite marcado al progreso de estos derechos era la interrupción del embarazo. Había disposición para regular el acceso a métodos que permitieran prevenir la concepción, pero no a métodos para interrumpir la gestación. Por otra parte, se habilita a aquellas instituciones privadas de carácter confesional a exceptuarse del cumplimiento de una parte de la Ley, específicamente aquella que establece el acceso de la población a métodos anticonceptivos. Se hace visible aquí otro límite impuesto por ciertos sectores de la

sociedad que resistieron la sanción de esta Ley, por considerarla contraria a sus convicciones morales. Esto nos permite pensar hasta qué punto la influencia del poder de ciertos actores fue puesta en juego para intentar frenar el avance progresivo de estos derechos. Y también comprender que la Ley que se sanciona en 2002 fue la mejor que se pudo sancionar en ese momento histórico.

En el 2002 también se efectúa la primera compra nacional de métodos anticonceptivos para promover el acceso gratuito de la población y se suman las provincias de La Rioja y San Luis con sus leyes provinciales dirigidas a la misma temática. En el año 2003 se constituye el CoNDeRS (Consortio de DDSSRR para el monitoreo social de la ley 25.673), una red de organizaciones de la sociedad civil que realizan acciones de control sobre el cumplimiento de la mencionada Ley, y se suman las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Cruz con sus propias regulaciones provinciales. En el año 2004, la provincia de Salta sanciona su ley provincial sobre salud sexual y reproductiva.

En el año 2005, se dan dos acontecimientos importantes para la historia de los derechos sexuales y reproductivos: se sanciona la primera Guía de Atención Posaborto y se crea la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito. La guía estaba dirigida a los profesionales del Equipo de Salud y pretendía acercarles algunos instrumentos para ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención desde una perspectiva integral. Abarca desde el episodio mismo hasta poner en práctica consejería y alternativas anticonceptivas, evitando los abortos repetidos. En el texto de la guía se establece que ese abordaje de atención de las complicaciones del aborto se enmarca en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud (Resolución 989, 2005). Respecto de la creación de la Campaña Nacional por el Aborto, según Anzorena y Zurbriggen (2013) esta constituye un punto de confluencia de las luchas que en distintas partes del país buscaban legalizar y despenalizar el aborto. La necesidad de unir fuerzas entre aquellas que estaban dispersas y llevando adelante prácticas políticas diferentes, habilitó una articulación nacional que toma características propias y que pone sobre la mesa la permanencia de una realidad ocultada: por más que el aborto fuera ilegal, se practicaba (Anzorena y Zurbriggen, 2013). En este año se suma también la provincia de Santiago del Estero con su ley provincial.

El año 2006 constituye otro hito en este recorrido histórico: se sanciona la ley de acceso a la Anticoncepción Quirúrgica y la ley que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. La Ley 26.130 establece que toda persona mayor de edad tiene derecho

a acceder a la realización de las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía en los servicios del sistema de salud (Ley 26.130, 2006). Mientras que la Ley 26.150 establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esa ley, se entiende por educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos (Ley 26.150, 2006). Al año siguiente, 2007, se realiza la primera compra nacional de Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) para promover el acceso gratuito de la población, se publica la primera guía de atención de Aborto No Punible y se crea el Programa Nacional de Salud Integral en Adolescencia.

En el año 2009, se sanciona la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Esta Ley establece una definición amplia de violencia contra las mujeres y se incluyen diversos tipos y modalidades en que se manifiesta la misma. Las modalidades que nos interesa recuperar son la de violencia institucional, entendida como aquella realizada por profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan sus derechos; y la de violencia contra la libertad reproductiva, definida como aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos (Ley 26.485, 2009). Al año siguiente, se realiza la primera entrega de botiquines de salud sexual y reproductiva a través del programa REMEDIAR y se lanza la línea 0800-222-3444 (línea gratuita para realizar consultas sobre salud sexual). En el año 2011, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas condena al Estado Argentino por falta de atención y judicialización de un caso de Aborto No Punible y falla a favor de la víctima y los familiares en el caso conocido públicamente como LMR. En este caso, una joven con discapacidad mental queda embarazada como producto de una violación intrafamiliar. Al solicitar una ILE en un efector público, los profesionales del equipo médico niegan el acceso y, eventualmente, termina interviniendo el poder judicial, retrasando el procedimiento que correspondía realizar dado que el caso estaba encuadrado en las causales previstas para un aborto no punible en el Código Penal. Finalmente, la joven accede a una ILE en una clínica privada (Campaña Nacional por el Aborto Legal,

2019). Ese mismo año, se publica el primer protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales y se crea la REDAAS (Red de Acceso al Aborto Seguro).

Otro fallo fundamental de la Corte Suprema de la Justicia de la Nación, conocido como caso FAL, se produce en el año 2012. Este fallo realiza una interpretación del Código Penal, estableciendo que no es punible la interrupción del embarazo proveniente de toda clase de violación y que los casos de aborto no punible no deben pasar por trámite judicial. A su vez, exhorta al Estado, en todos sus niveles, a implementar protocolos hospitalarios para abortos no punibles (Centro de Información Judicial, 2012). También en el año 2012 se sanciona la Ley 26.743, conocida como Ley de Identidad de Género, y se crea la organización de la sociedad civil Socorristas en Red. Al año siguiente, se incorpora el implante subdérmico y el SIU (Sistema de liberación Intra-Uterino) a la canasta de métodos anticonceptivos gratuitos. Y en el año 2014 se publica la primera Guía de Métodos Anticonceptivos (destinada a profesionales de la salud), mientras que la provincia de Catamarca sanciona su propia ley provincial sobre derechos sexuales y reproductivos y se conforma la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir.

En el año 2015, se lanza la campaña #NiUnaMenos, movimiento que nace como respuesta a la violencia machista y tiene su punto de origen en la marcha multitudinaria del 3 de junio de ese año (Colectivo #NiUnaMenos, 2017). A partir de esa convocatoria masiva en la calle, surge un colectivo de organizaciones feministas que a la fecha permanece activo. En ese año se publica también el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la ILE. Dos años más tarde, en el 2017, se crea el plan ENIA, que tiene como objetivo la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Este Plan reúne a los Ministerios Nacionales de Salud, de Desarrollo Social y de Educación para garantizar los derechos de los y las adolescentes al acceso gratuito de métodos anticonceptivos, la educación sexual integral y asesorías en las escuelas, la consejería en salud sexual y reproductiva y actividades de promoción comunitarias (Plan ENIA, s/f).

Más cerca en el tiempo, recuperamos una serie de eventos históricos que marcan el ritmo del avance de los derechos sexuales y reproductivos. En el año 2018 ocurre el primer debate parlamentario sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. La misma logra la media sanción en Cámara de Diputados, pero al ser debatida en la Cámara de Senadores, no consigue los votos necesarios para ser aprobada. Durante la discusión en ambos recintos de esta Ley, se congregó una enorme cantidad de personas en la calle, principalmente mujeres, que apoyaban la sanción de esta normativa y que dejaban en claro que el aborto, a nivel social, ya estaba despenalizado. Este movimiento se denominó la Marea Verde, por el color del pañuelo utilizado como símbolo de la Campaña Nacional por el Aborto Legal (Dinerstein, 2021). En el 2019, se inicia la producción pública de misoprostol en el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), ubicado en la provincia de Santa Fe. En el año 2020 se suman a la producción de misoprostol dos laboratorios más: PROFARSE (de la provincia de Río Negro) y Laboratorios Puntanos (de la provincia de San Luis). A fines de ese mismo año se sanciona la Ley 27.610, que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención posaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, con el fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible (Ley 27.610, 2020). Esta Ley establece que toda persona con capacidad de gestar puede interrumpir su embarazo de manera voluntaria (sin mediar causales) hasta la semana 14 de gestación y consagra una serie de derechos en la atención de la salud, tales como derecho a la privacidad, al trato digno y a la confidencialidad. En el 2021, se publica el primer protocolo para la atención de situaciones de IVE-ILE y atención posaborto. Y en el 2022, se realiza la primera distribución en el sistema público de salud de tratamiento combinado para aborto con medicamentos (combinación de mifepristona y misoprostol).

Luego de recorrer el proceso de construcción de los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional, destacamos la importancia que tuvo en este proceso la influencia del movimiento de mujeres y los avances del feminismo en nuestro país. En Argentina, el progreso de los derechos sexuales y

"... destacamos la importancia que tuvo en este proceso la influencia del movimiento de mujeres y los avances del feminismo en nuestro país... Fue gracias a la insistencia y a la lucha de las mujeres organizadas que se lograron avances en la realización efectiva del acceso a los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país..."

reproductivos se vio muchas veces obstaculizado por actores conservadores que querían evitar su avance. Fue gracias a la insistencia y a la lucha de las mujeres organizadas que se amplió el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

1.4 - Antecedentes históricos en la provincia de Santa Fe

En este apartado recuperamos el proceso de construcción de los derechos sexuales y reproductivos a nivel provincial.

La llegada de estos derechos a la agenda pública fue a partir de la sanción de la ley provincial 11.888, que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud provincial. Esta ley se sanciona en el año 2001, un año antes de la ley que crea un Programa similar a nivel nacional. En la misma se establecen como objetivos la promoción de la maternidad y paternidad responsables, garantizar a la población el acceso a información sobre los métodos de control de la natalidad, y la capacitación del personal directa o indirectamente vinculado con el programa (Ley 11.888, 2001). La ley reconoce en sus objetivos el derecho a la vida desde el momento de la concepción. Otra cuestión interesante es qué tipos de métodos anticonceptivos pueden ser ofrecidos a la población: estos debían ser de carácter transitorio, reversible y no abortivo. Algo similar ocurre en la Ley nacional 25.673.

Queremos señalar aquí uno de los puntos más controversiales de la Ley 11.888. En su artículo 10°, la ley establece la creación de un Consejo Asesor que estaría conformado por representantes de entidades científicas y universitarias del arte de curar, profesionales pertenecientes a efectores de las especialidades médicas competentes, miembros de colegios profesionales del área, representantes de la Organización Panamericana de la Salud y organizaciones no gubernamentales con experiencia y trayectoria en la materia (Ley 11.888, 2001). Sin embargo, en el decreto que reglamenta esta ley, al detallar qué instituciones serían convocadas para conformar el Consejo Asesor, se incluye a dos representantes de la Iglesia Católica, uno por el Arzobispado de Santa Fe y otro por el de Rosario (Decreto 2.442, 2002). Esto no estaba previsto en la letra de la Ley, y fue impuesto por el Poder Ejecutivo provincial al momento de la reglamentación. Ante esta situación, numerosos actores (entre ellos, quienes habían formado parte del debate parlamentario) se manifestaron en contra de esta decisión arbitraria del Ejecutivo y de esta intromisión de un credo particular en la reglamentación de una ley que cubría a todas las personas que vivían en Santa Fe, más allá de la religión que profesaran. La explicación

dada por el ministro de Salud provincial de ese entonces, Fernando Bondesío, fue que la norma sería implementada en parte en establecimientos educativos y había una gran cantidad de colegios católicos en la provincia en ese momento. Por este motivo era necesario incluir a la Iglesia Católica en su reglamentación (Diario “La Capital”, 2002). Frente al descontento provocado por esta decisión, el Poder Ejecutivo publica un mes más tarde otro Decreto que modifica al 2.442, y deja sin efecto la inclusión de los dos representantes de la Iglesia Católica en el Consejo Asesor. Allí se aclara que la Iglesia Católica, al igual que otras Iglesias y comunidades religiosas, estaba incluida en el concepto más general de “Organizaciones No Gubernamentales” (Decreto 3.009, 2002).

En el 2004 se sanciona en la provincia de Santa Fe la Ley 12.323, que garantiza el acceso a métodos de anticoncepción quirúrgicos denominados ligadura de Trompas de Falopio para las mujeres y Vasectomía para los hombres (Ley 12.323, 2004). Esta ley, al igual que la Ley 11.888/2004, antecede a una ley nacional similar; dos años más tarde se sanciona la Ley Nacional 26.130/2006, que garantiza el acceso a métodos de Anticoncepción Quirúrgica. En el caso de la Ley provincial, se hace especial énfasis en el requisito de la conformidad del paciente: este debe dejar constancia escrita de su consentimiento, debe recibir información sobre otros métodos anticonceptivos reversibles y debe entrevistarse con un equipo interdisciplinario antes de someterse a cirugía (Decreto 987, 2005).

Para cerrar la reconstrucción histórica a nivel provincial, recuperamos la Ley 12.978, que aplica en los efectores públicos de salud de la provincia de Santa Fe la Guía para el Mejoramiento de la Atención Posaborto, aprobada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en el año 2005 (Ley 12.978, 2009). Esta Ley data del año 2009, algunos años después de la publicación de la guía nacional, y establece la adhesión de la provincia a este documento. Con esa Guía los actores estatales comienzan a reconocer la existencia del aborto clandestino y sus consecuencias sobre la salud de las mujeres, especialmente de las más pobres. Ante esta situación, se volvía necesario construir protocolos de atención para responder a esa problemática, la cual procedía de una situación que, si bien era ilegal, no dejaba de ocurrir.

Analizando la construcción de los derechos sexuales y reproductivos en la provincia de Santa Fe, observamos que en esta jurisdicción hubo algunas leyes que se adelantaron al avance de estos derechos a nivel nacional. La provincia estaba un paso delante de la legislación nacional tanto en relación a la creación de un Programa de Salud Sexual como de la garantía del acceso a Anticoncepción Quirúrgica. A su vez, señalamos la fuerte

resistencia que opusieron ciertos sectores conservadores al avance de estas leyes en territorio provincial, cuestión que queda evidenciada en la inclusión de la Iglesia Católica en el Consejo Asesor del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Allí se vuelve clara la dinámica de poder puesta en juego entre los distintos actores al momento de debatir públicamente el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, el Poder Ejecutivo da marcha atrás en su decisión de incluir a la Iglesia Católica en el Consejo Asesor del Programa, gracias a la reacción social que se genera al publicarse la reglamentación de esta Ley. En este sentido, ubicamos la construcción de los derechos sexuales y reproductivos en un proceso histórico, con adelantos y retrocesos, y que involucra a diversos actores en pugna que pretenden influir sobre el desarrollo de estos derechos en el territorio provincial.

1.5 - Antecedentes históricos en la ciudad de Rosario

Recuperamos en este apartado el proceso de construcción de los derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de Rosario. Esta ciudad es pionera en el diseño de políticas de salud sexual y reproductiva, sancionando normativas locales en relación a la temática algunos años antes que el Estado provincial e, incluso, nacional. A su vez, se destaca la construcción temprana de una red de salud pública con una fuerte mirada territorial.

En primer lugar, recuperamos la construcción de la red de salud pública de la ciudad de Rosario; esta constituye la política en la que se enmarca nuestro trabajo de investigación. En esta ciudad coexisten dos redes de salud pública: una gestionada por el gobierno provincial y una implementada por el gobierno municipal. Aquí nos enfocaremos en la red gestionada por el gobierno municipal. La construcción de la misma comienza en el año 1989, con la llegada del partido socialista a la intendencia de la ciudad de Rosario, que gobernó la ciudad durante las dos décadas siguientes. La gestión municipal inaugurada en 1989 asume como decisión política hacerse cargo de la provisión de servicios de salud, convirtiendo a la salud pública en una bandera de gobierno. El contexto nacional en el que es asumida esta voluntad era más bien adverso, dado el auge de las políticas neoliberales que marcaron el diseño de las políticas sociales en la década de los 90. En pleno apogeo de los programas de ajuste estructural y de las recomendaciones de recortes presupuestarios que bajaban de las organizaciones internacionales para acceder a créditos económicos, constituir a la salud pública en un eje central de la gestión municipal adquiriría el carácter de un movimiento contracultural. Esta red tiene como eje central del sistema la estrategia de atención primaria de la salud, adquiriendo la misma

con el paso de los años una importancia cada vez mayor. El concepto central que guía su construcción es la perspectiva de derechos, es decir, la noción de que las personas tienen derecho a vivir una vida digna, incluyendo el derecho a la salud. Trabajar desde y para los derechos sociales es una idea fuerza que impregna, determina y modela las líneas específicas sobre las cuales se construye la red de salud municipal (Rovere, 2006).

Antes de 1989, los Centros de Salud tenían como propósito orientar a la población hacia el hospital base; la capacidad organizativa y visibilidad de los trabajadores del primer nivel de atención eran bajas. A partir de ese año, si bien la Secretaría de Salud municipal aun no tenía una visión de Atención Primaria como estrategia organizadora del sistema, se comienza a robustecer el primer nivel de atención para mejorar las condiciones de acceso y fortalecer los lazos con la comunidad. Bajo el primer gobierno del partido socialista se creó la Dirección de Atención Primaria de la Salud. En simultáneo, se comienza a ampliar el primer nivel mediante la construcción de centros de salud barriales y el establecimiento de acuerdos con organizaciones comunitarias para brindar atención en sus instalaciones. Es importante destacar el fuerte apoyo que recibe la Dirección de APS del entonces secretario de Salud, Hermes Binner. Gracias a este apoyo político, la Dirección de Atención Primaria comienza un intenso trabajo orientado a transformar el primer nivel. Para mejorar su capacidad resolutive, ampliar las condiciones de accesibilidad y alinear su funcionamiento bajo los principios de la APS, se introducen una serie de normas e innovaciones organizacionales, que pretendían mejorar el control sobre el cumplimiento de los horarios de atención y sobre la utilización de los recursos en estos espacios. En los años posteriores, con los sucesivos aumentos del presupuesto municipal en salud, crecen los montos asignados al primer nivel. En esta época se consolida la estrategia de Atención Primaria como eje central de la red de salud pública municipal. Destacamos, entre las muchas innovaciones que implicó este proceso, la promoción de la adscripción. Este mecanismo suponía el establecimiento de un vínculo bidireccional entre determinados pacientes con un equipo de salud en donde los equipos de profesionales se hacían responsables de la salud de sus pacientes. El logro de la adscripción implicaba la coordinación del proceso de atención y una toma a cargo de la población por parte del equipo de salud (Báscolo y Yávich, 2010).

Los cambios más importantes durante la construcción de la red de salud pública municipal se producen en torno al desarrollo de mecanismos de articulación entre niveles de atención con el objetivo de conformar una red de servicios integrada. Por un lado, se

promueven las rotaciones de especialistas por los centros de salud y por otro, junto con la creación del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) en el año 1999, se traslada a los especialistas de los hospitales hacia los consultorios del CEMAR. Otra innovación fue la descentralización de pacientes, que consistía en el traslado de los pacientes atendidos en los hospitales hacia los centros de salud (Báscolo y Yávich, Op. Cit.). En este movimiento de construcción, el primer nivel de atención se constituye en el actor central, siendo la puerta de acceso de los pacientes al sistema y el efector de cercanía donde se realiza el seguimiento de la población. A su vez, los centros de salud asumen la tarea de promoción y prevención de la salud, sobrepasando con creces su anterior función, limitada a dispensar medicamentos y atender la demanda espontánea.

Respecto del marco normativo local relacionado a la temática que estudiamos, en 1996 el Concejo Municipal de la ciudad de Rosario sanciona la Ordenanza 6.244, que crea el Programa de Procreación Responsable en el ámbito de la Secretaría de Salud Municipal. Este Programa pretendía poner a disposición de la comunidad información, orientación, métodos y prestaciones pertinentes que garanticen el derecho de decidir libre y responsablemente sus pautas reproductivas (Ordenanza 6.244, 1996). En esta normativa aparece la preocupación por la falta de educación sexual y oferta de métodos anticonceptivos a la comunidad y las altas tasas de internaciones y problemas de salud como consecuencia de abortos realizados en la clandestinidad. Se destaca la situación de las mujeres pobres que no pueden acceder a métodos anticonceptivos confiables y seguros y que al interrumpir sus embarazos se veían obligadas a exponerse a situaciones muy riesgosas. Se menciona también la necesidad de informar a la población acerca de las enfermedades de transmisión sexual y de brindarle a la misma los medios para prevenir el contagio, especialmente en relación al VIH/SIDA. Esta normativa fue modificada diez años más tarde por la Ordenanza 8.027, que cambia el nombre del programa e introduce algunas actualizaciones. El programa pasa a llamarse Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y se agrega a la misión del mismo brindar información y orientación a la comunidad para habilitar la adopción de decisiones libres de coerción y promover un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, garantizando a todas las personas obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (Ordenanza 8.027, 2006). Por otra parte, se actualizan los objetivos del Programa, incluyendo una perspectiva menos enfocada en la prevención de los embarazos no deseados y más abocada a garantizar el

nivel más elevado posible de salud sexual a la población. Se amplía la visión sobre los derechos sexuales y reproductivos: estos dejan de ser pensados exclusivamente como una cuestión de salud pública, teniendo como meta primordial bajar los niveles de mortalidad materna, y pasan a ser considerados derechos humanos básicos que es preciso garantizar a la población. En este sentido, la Ordenanza establece como objetivo brindar a través del programa información y recursos para que la población pueda vivir una vida sexual satisfactoria y segura, además de disminuir las tasas de mortalidad materna y de contagio de enfermedades de transmisión sexual. Se incluye además el acceso a la anticoncepción quirúrgica como opción a ofrecer a la población entre las metodologías anticonceptivas, cuestión que en la Ordenanza anterior no figuraba. Lo mismo sucede con la anticoncepción de emergencia, que es mencionada en un apartado especial de la Ordenanza 8.027, y que tampoco estaba incluida en la normativa que modifica.

En este apartado queremos retomar un hito histórico que tuvo lugar en la ciudad de Rosario en el año 2003: la asamblea por el derecho al aborto, coordinada por Dora Coledesky, realizada en el marco del XVIII Encuentro Nacional de Mujeres (ENM). Este encuentro fue fundacional, porque por primera vez se hace esa asamblea y el taller de estrategias para el acceso al aborto legal, seguro y gratuito. Quien haya participado de algún Encuentro sabe que los talleres donde se discute el aborto son espacios complejos ya que allí se suelen producir enfrentamientos entre quienes se oponen y quienes están a favor. De hecho, se suele recomendar a quienes van al Encuentro por primera vez que no asistan a esos talleres, dado el alto nivel de conflicto que se da en ellos. En la asamblea mencionada del ENM del 2003 solo accedían quienes querían debatir la estrategia para conseguir la ley. En ese Encuentro de 2003 las integrantes de Católicas por el Derecho a Decidir llevaron los primeros pañuelos verdes, aunque todavía no tenían la tradicional consigna ni el símbolo de la campaña. La primera vez que se utilizaron los pañuelos verdes para reclamar por la legalización del aborto fue en el año 2003, en la marcha realizada al finalizar ese Encuentro en Rosario. El color elegido fue el verde porque simboliza la vida; se contrarrestaba así la idea que el aborto es muerte, cuando en realidad se luchaba por salvar la vida de las mujeres que abortaban clandestinamente. Cabe destacar que, en Argentina, el pañuelo en sí es un símbolo cargado de mucho valor: los pañuelos blancos representan a las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo, quienes los utilizan para reclamar por sus familiares desaparecidos durante la dictadura militar. A su vez, en la década del 40, las mujeres que bregaban por la Ley de Sufragio femenino,

sancionada en Argentina en 1947, usaban pañuelos en sus cabezas para reclamar por este derecho (Campeis y Tomasin, 2022).

Otro momento fundamental del proceso local de construcción de estos derechos fue la sanción del Decreto 26.865 en el año 2005, que incorpora la Guía para el Mejoramiento de la Atención Posaborto y establece su distribución a los jefes de las Maternidades Municipales, directores de Hospitales Públicos y Servicio de Ginecología de los Efectores Municipales. Este Decreto sanciona la adhesión a nivel local a la Guía publicada por el Estado Nacional por medio de la Resolución 989/05. Se incluye además la realización de una campaña de información, con el objetivo de dar a conocer a las mujeres la importancia de su derecho a la atención posaborto, y la realización de gestiones con el Colegio de Médicos para ponerlos en conocimiento de esta normativa (Decreto 26.865, 2005).

En el 2007 se sanciona la Ordenanza 8.186, que crea una herramienta importante para los profesionales de la salud en el ámbito municipal: el Protocolo de Atención Integral para la Mujer en Casos de Aborto no punible. Esta Ordenanza recupera lo establecido en el Artículo 86, incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación, que señalaba las causales por las cuales el aborto podía ser realizado, e indica que esta decisión puede ser tomada por el profesional de la salud, sin necesidad de recurrir a intervención judicial para realizar el procedimiento. Mientras la decisión se basase en consideraciones sobre la situación de salud integral de la mujer, el profesional podía proceder sin dar aviso a ninguna autoridad administrativa o judicial (Ordenanza 8.186, 2007). En el texto de la normativa se menciona de manera extensa a los profesionales objetores de conciencia, indicando que los mismos deben estar registrados y hacer pública su decisión a las pacientes, desde la primera consulta. Se establece también que cualquier impedimento para la realización de estos procedimientos se considera una falta grave, pasible de sanción.

La última Ordenanza que retomaremos en este apartado es la n° 9.310, sancionada en el año 2014, que crea las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito de la ciudad de Rosario. Estas son entendidas como una estrategia de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, con perspectiva de derechos y género. Entre sus objetivos se propone promover el acceso a los derechos sexuales y reproductivos; promover la autonomía personal, igualdad, diversidad e integridad corporal; posibilitar el acceso a elecciones autónomas por parte de las usuarias y usuarios; modificar las estructuras de poder existentes en los sistemas de salud respecto de los varones y mujeres, niñas, niños y adolescentes; y constituir un espacio que garantice los derechos sexuales y

los derechos reproductivos a todas las personas que se acerquen con este tipo de demandas. Esta propuesta incluye otros espacios para garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, por fuera de los efectores de salud, tales como los Centros Municipales de Distrito, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y de la sociedad civil. A su vez, propone un enfoque integral en la atención, que no se limite a lo biológico, sino que comprenda al usuario en todas sus dimensiones (cultural, social, simbólica, económica, etc.). La misma toma como antecedente exitoso la histórica Conserjería implementada en el Hospital Roque Saénz Peña (Ordenanza 9.310, 2014).

Más cerca en el tiempo, destacamos la creación en el 2017 de la cátedra por el derecho al aborto en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario. Esta cátedra,

"...La ciudad se destaca por ser pionera en la sanción de este tipo de derechos, desde una perspectiva enfocada en la garantía del acceso a los derechos sexuales y reproductivos en efectores de salud pública..."

denominada 'El aborto como un problema de salud' fue propuesta por un grupo de médicos y enfermeros de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, para formar profesionales capacitados en la atención de la interrupción legal del embarazo (ILE) y en el tratamiento del aborto como un problema de salud. Luego de ser aprobada por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, más de 10 mil mails entraron a la casilla de contacto de la casa de estudios. Todos tenían el

mismo texto copiado y pegado con el pedido de marcha atrás, en el marco de una campaña contra el avance de la formación en derechos sexuales y reproductivos. Más allá de este intento, la cátedra fue inaugurada en la Facultad en el año lectivo 2018, con un cupo de estudiantes que excedía el máximo previsto (Diario El Ciudadano, 2018).

Cerrando este apartado, señalamos que, a nivel municipal, la normativa estuvo por delante de la legislación provincial y nacional. Si bien en un principio los derechos sexuales y reproductivos eran entendidos desde una perspectiva más bien sanitaria, con el correr del tiempo esta visión se fue ampliando hasta incluir el derecho a una sexualidad plena y placentera para toda la población. La ciudad se destaca por ser pionera en la sanción de este tipo de derechos, desde una visión enfocada en la garantía del acceso a los derechos sexuales y reproductivos en efectores de salud pública. Rosario constituye un caso particular en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. No sólo se adelanta a provincia y Nación al sancionar normativa local sobre el tema; además cuenta con un sistema de salud pública pensado desde la cercanía al usuario, que permite garantizar el

acceso a estas políticas en el territorio que habitan las personas. Este sistema de salud se viene desarrollando desde la década de los '90, constituyendo sus efectores de primer nivel instituciones históricas en los barrios de la ciudad.

* * *

La construcción de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina fue un proceso atravesado por diversos acontecimientos históricos que van determinando sus avances y retrocesos. Diversos actores influyeron en el mismo, algunos movilizándose para lograr progresos decisivos y otros ofreciendo fuertes resistencias a cada paso que se daba en dirección a efectivizar estos derechos. A su vez, muchos de los avances que se logran en nuestro país respecto de los DDSSRR fueron precedidos por importantes antecedentes a nivel internacional, provincial y local. A lo largo de este capítulo, recuperamos los acontecimientos más importantes en cada uno de estos planos para obtener una visión amplia del proceso de construcción de los derechos sexuales y reproductivos. Este recorrido histórico constituye el marco de referencia para comprender el contexto en el cual se ubica la problemática indagada en este proceso de investigación.

2. EL ANDARIVEL TEÓRICO / Ejes conceptuales

En esta sección delineamos los cinco ejes temáticos que orientarán nuestro análisis: derechos sexuales y reproductivos, atención primaria de la salud, accesibilidad, capacidad estatal e intervención profesional del Trabajo Social. Antes de comenzar, realizamos dos aclaraciones. En primer lugar, qué entendemos por política social, y, en segundo lugar, desde dónde nos posicionamos para afirmar que la población tiene derecho a algo, dado que los ejes temáticos que orientan el análisis se inscriben en una concepción de política social que pretende garantizar el acceso a derechos.

Entendemos a la política social desde los aportes de Andrenacci y Soldano, quienes la definen como un conjunto de intervenciones de la sociedad sobre sí misma, que pautan los modos en que se produce el proceso de integración social, tanto como gestionan la represión y la funcionalización de grupos que representan riesgos o amenazas al sistema y que operan tanto en el centro de la sociedad como en sus márgenes (2006: pág. 45). Los autores aclaran que esta intervención no proviene de un actor que se halla por fuera de la sociedad, ya que el Estado no está por fuera de la trama social sobre la cual interviene, es un actor inserto en el tejido en el cual opera. A su vez, definen la integración social como el proceso a través del cual las sociedades diseñan y gestionan los problemas de su cohesión y sus formas de pertenencia. Es el proceso de inscripción de los sujetos en la organización social, a través del cual obtienen un lugar simbólico y el derecho a beneficiarse de los sistemas de protección puestos en acto por esa sociedad. Los autores entienden a la política social como un conjunto de grandes mecanismos regulatorios de la integración, a través de las diferentes modalidades en que es ejecutada. Finalmente, respecto de los niveles en que interviene la política social, Andrenacci y Soldano señalan que la intervención en el centro define los principales mecanismos del proceso de integración social, mientras la intervención en los márgenes está destinada a aquellos sujetos que no acceden a la integración por medio de los mecanismos principales. Estos aportes nos asisten en el análisis de una problemática relacionada al derecho a la salud, inscrita en el marco de las políticas sociales de salud pública.

En relación a qué entendemos por tener derecho a algo, retomamos a Rinesi (2020), quien sostiene que la democratización de los derechos es el proceso a partir del cual un pueblo deja de ver un conjunto de posibilidades vitales como privilegios de ciertas personas y comienza a cuestionar que no sean posibilidades a las que puedan acceder todos. Cuando una sociedad se plantea que todos tienen derecho a la salud o a la educación es porque

generalmente no todas las personas tienen ese derecho que se postula como universal y resulta escandaloso que no sea así. En nuestro país, este proceso de democratización de derechos se profundiza a partir del retorno de la democracia en 1983 y de la Reforma Constitucional de 1994. Con esta Reforma, se incluyen en la Constitución Nacional los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, incorporándolos al sistema normativo nacional. (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, 2021: pág. 17). Entendemos que son los Estados quienes deben garantizar la transformación de los derechos establecidos en los instrumentos normativos en realidades efectivas. Son estos actores quienes diseñan las políticas públicas y los instrumentos necesarios para cumplir con las obligaciones creadas a partir de los derechos universales consagrados. Es necesario contar con un Estado que pueda diseñar e implementar políticas públicas inclusivas, desde el enfoque de los derechos humanos (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, 2019: pág. 21).

A continuación, desarrollamos los ejes temáticos que orientarán nuestro análisis.

2.1 – Derechos sexuales y reproductivos

El tema central de este trabajo de investigación es el acceso a los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR). En relación a estos derechos, retomamos primero la definición de salud sexual y reproductiva (SSR). Según la propuesta plasmada en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Naciones Unidas, 1995) realizada en El Cairo en 1994, la salud reproductiva es considerada como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Lograr el acceso de todas las personas (hombres y mujeres) a este nivel de salud requiere poner a disposición de la población información y métodos de planificación familiar de su elección, así como disponer el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. En relación a lo anterior, la atención de la salud reproductiva abarca el conjunto de métodos, técnicas y servicios que garantizan el acceso a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con este ámbito. Este concepto se hace extensivo a la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Continuando con lo planteado en la Conferencia de El Cairo, los DDSSRR son aquellos que reconocen a todas las personas el derecho a decidir libre y responsablemente si se desea tener descendencia, el número de hijos, la frecuencia de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más

"...los derechos sexuales y reproductivos son aquellos que reconocen a todas las personas el derecho a decidir libre y responsablemente si se desea tener descendencia, el número de hijos, la frecuencia de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva..."

elevado de salud sexual y reproductiva. Se incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. El ejercicio responsable de esos derechos constituye la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar.

En este sentido, establecemos la diferencia entre los derechos sexuales y los reproductivos, que, si bien están relacionados, refieren a aspectos distintos. Los derechos sexuales garantizan la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni discriminación. Mientras que los derechos reproductivos garantizan la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos/as, con quién, cuántos/as tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se debe disponer de información suficiente y los medios adecuados (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2019: pág. 31).

Siguiendo a Lilia Rodríguez (2015), entendemos que el carácter relacional y social de la sexualidad y reproducción, involucra la responsabilidad de mujeres y hombres en estos procesos. Es decir, los derechos sexuales y reproductivos corresponden a todas las personas, son derechos humanos básicos, aunque históricamente hayan sido las mujeres las principales depositarias de la responsabilidad en este campo y se haya estudiado muy poco el proceso reproductivo de los varones.

Nos interesa recuperar el aporte de esta autora ya que trabaja las críticas que realiza el feminismo al problematizar la visión androcéntrica presente en los contenidos de los Derechos Humanos. Estas críticas apuntan a la falta de sensibilidad al género que tiñe el enunciado de los Derechos Humanos esenciales. Una reconceptualización de los derechos humanos, sensible a las especificidades de género y que promueva los derechos de las

mujeres, es necesaria para avanzar hacia la equidad. La autora recupera dos líneas centrales para llevar adelante esta reconceptualización:

- Deconstrucción de la dicotomía público/privado: los aspectos relativos a la vida sexual y decisiones sobre la reproducción son temas que salen del ámbito privado e interpelan a la esfera pública en demanda de políticas y programas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Además de enunciar estos derechos individuales, hay que construir las condiciones que garanticen su ejercicio.

- Igualdad y equidad: lograr la igualdad conlleva el reconocimiento de la diferencia y de las necesidades específicas que surgen de esa realidad. Entender estas diferencias permite reconocer que son las mujeres, por sus diferencias biológicas y los roles sociales asignados en su función reproductora, quienes deben decidir en última instancia sobre su sexualidad y reproducción, y quienes tienen necesidades específicas de salud sexual y reproductiva. Aplicar el principio de equidad abre la posibilidad de reconocer y trabajar sobre las relaciones de poder entre géneros en el ámbito de la sexualidad y reproducción, facilitando el ejercicio de los derechos reproductivos.

Ubicamos la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el marco del feminismo. Este movimiento incluyó estas demandas entre sus principales banderas de lucha desde la década de 1960. Fue el feminismo el encargado de señalar que existían derechos específicos de las mujeres, que debían ser garantizados para cumplir con sus derechos humanos básicos: los derechos sexuales y reproductivos (Varela, 2008). En pleno auge de la llamada revolución sexual, una de las cuestiones que aglutina a las mujeres en el movimiento feminista fue entender la sexualidad como el derecho de las mujeres a elegir cuándo y con quién ser sexualmente activas. En línea con estos cambios sociales, a las mujeres se les presentaba como necesidad inmediata el acceso a métodos anticonceptivos seguros y confiables y el acceso al aborto seguro y gratuito (hooks, 2000). En nuestro país, fue también el feminismo uno de los actores protagonistas de la lucha por los DDSSRR. El desenvolvimiento del movimiento de mujeres y las minorías sexuales fue un proceso histórico fundamental para ubicar en la agenda pública las demandas relacionadas a la sexualidad en las últimas décadas. La reivindicación de derechos sexuales y reproductivos politiza relaciones que hasta ese momento eran consideradas pertenecientes al ámbito privado y demuestra que existe en esas relaciones una dimensión política, y que son construidas social e históricamente (Petracci y Pecheny, 2007: pág. 19).

Las críticas de los diversos movimientos que aglutinan demandas por los DDSSRR a la concepción tradicional de Derechos Humanos son clave para comprender la problemática del acceso a estos derechos. Apelamos a esta concepción ampliada y crítica de derechos para comprender cómo se implementan las políticas de salud sexual y reproductiva en la red de salud pública de la municipalidad de Rosario.

2.2 - Atención Primaria de la Salud

En este apartado presentamos algunos aportes conceptuales sobre Atención Primaria de la Salud (APS), brindamos una breve descripción del sistema de salud de la ciudad y ampliamos la manera en que se relaciona la APS con los derechos sexuales y reproductivos.

Trabajamos en primer lugar la propuesta de Perrotta (s/f)², quien afirma que con la Declaración de Alma Ata en 1978 se consolidan las bases para una serie de reformas del sector sanitario tendientes a reconocer la responsabilidad del Estado con respecto a brindar atención cuando las personas enferman y, a su vez, contribuir a que permanezcan sanas. La autora recupera la definición de Atención Primaria contenida en esa Declaración, entendida como la asistencia sanitaria básica que apela a métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de un territorio determinado mediante su plena participación y a un costo accesible. La APS se entiende como una estrategia que implica reorganizar los sistemas de atención de la salud y la sociedad para promover la salud.

A su vez, siguiendo a Perrotta, se suponen tres niveles de atención en la organización del sistema de salud:

- 1° nivel: Centro de Salud, dedicados a la prevención primaria y también a la secundaria;
- 2° nivel: hospitales de menor complejidad, dedicados a la prevención secundaria;
- 3° nivel: hospitales de mayor complejidad, dedicados a la atención terciaria.

En la provincia de Santa Fe, el derecho a la salud se garantiza a partir de la convivencia de los tres niveles en el territorio y con la gestión local de los mismos en el caso de la

² Trabajaremos extensamente los aportes de esta autora, quien escribe situada en Argentina, y realiza un interesante análisis acerca de cómo abordar la temática de la salud sexual y reproductiva en territorio, por medio de dispositivos de Conserjería. A su vez, reúne una serie de recomendaciones para implementar en el consultorio, dirigida a los profesionales médicos de los centros de salud.

ciudad de Rosario, cuya trayectoria particular en el desarrollo de políticas de salud pública se inicia en la década de los '80. Actualmente, el modelo de atención en la salud municipal se basa en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Esta estrategia organiza las acciones del sistema de salud en función de las necesidades de la población. Para ello, desde la gestión se intenta partir de los territorios donde las personas viven, ya que allí se construyen los proyectos de vida y se presentan los problemas de salud. Las acciones de los equipos se organizan en redes, teniendo como objetivo que las instituciones, servicios y atenciones se complementen y cooperen. Estos equipos son responsables de las familias que habitan en los territorios más cercanos al lugar de atención. Los problemas de salud se abordan teniendo en consideración el contexto familiar y los vínculos comunitarios de las personas que habitan los barrios donde se ubican los Centros de Atención Primaria (Municipalidad de Rosario, s/f).

Desde esta red se desarrollan acciones que intentan promover formas de vida saludables, prevenir enfermedades, monitorear el surgimiento de aquellas situaciones que puedan poner en riesgo la salud, distribuir insumos de manera oportuna, capacitar a los trabajadores e investigar sobre los problemas más importantes en salud. La red está integrada por todas las organizaciones, instituciones y recursos del Estado destinados a garantizar el derecho a la salud. Está constituida por cincuenta centros de salud, tres hospitales de mediana complejidad, dos hospitales de alta complejidad, dos maternidades, el Instituto de Rehabilitación (ILAR), el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), un espacio de referencia para el abordaje integral de consumo sustancias (La Estación), el SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias), el Instituto de la Salud Lazarte, el laboratorio de producción pública de medicamentos (LEM), el Instituto del Alimento y el Instituto de Salud Animal (IMUSA) con sus siete sedes (Municipalidad de Rosario, s/f).

Presentamos la configuración de la red de salud municipal para describir el contexto donde se inscribe nuestro trabajo de investigación. Dada la centralidad que adquiere la atención primaria en este sistema de salud, nuestra indagación estará dirigida especialmente a un efector del primer nivel. Allí se produce el primer acercamiento de la población al sistema y es posible obtener información valiosa acerca de cómo se garantiza a la ciudadanía el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

Retomando la línea conceptual de Atención Primaria, volvemos a los aportes de Perrotta, quien sugiere que a lo largo de las últimas décadas fueron surgiendo diversos enfoques al

interior de la estrategia de APS. En relación a estos enfoques se han planteado diferentes maneras de comprender la educación sanitaria de acuerdo al paradigma educacional al que se adhiera y a la idea de proceso salud/enfermedad/atención conceptualizado desde las ciencias sociales y la medicina social. Como consecuencia, existe una tensión entre la idea de educación para la salud y la de promoción de la salud. Esta tensión responde a la distinción entre un modelo normativo según el cual es necesario inculcar a la población pautas de comportamiento consideradas saludables para que modifiquen sus hábitos, entendiendo que las pautas que tiene son inadecuadas, y un modelo que apunta a la construcción de conocimiento y al empoderamiento, lo que contempla la toma de poder y la participación comunitaria. El primer enfoque supone que el saber está del lado del médico y del educador de salud en general; el segundo enfoque pretende poner a disposición de las comunidades los recursos necesarios para que las personas puedan tomar decisiones y llevar a cabo las acciones para el ejercicio del derecho a la salud, tanto en forma individual como colectiva, fomentando la posibilidad de que sea la población la que identifique sus problemas. Ubicarse en la perspectiva de la promoción de la salud implica entender que las prácticas de salud se fundamentan en las prácticas cotidianas, en los modos que cada comunidad y cada individuo construyen para vivir. Para implementar acciones en esta línea es necesario comprender las condiciones concretas en las que viven las personas, los grupos, las poblaciones.

Perrotta aborda otro concepto relevante para la discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos: la noción de autonomía. Esta se entiende como la capacidad de tomar decisiones libres, informadas y responsables con respecto a la vida propia, haciendo especial hincapié en lo referido a la sexualidad y la procreación. La autora destaca la importancia de reconocer que la consulta por una inquietud referida a la salud sexual y reproductiva debe ser considerada una consulta de urgencia. Si una persona se acerca a un Centro de Salud para pedir información o retirar un método anticonceptivo y no encuentra respuesta a su demanda, se potencia el riesgo de embarazo no intencional o de contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

Para analizar la relación entre derechos sexuales y reproductivos y APS, retomamos la propuesta de Vera (1999, Promoción de la salud sexual y reproductiva en la Atención Primaria de la Salud), quien afirma que la adopción del concepto de salud sexual y reproductiva a partir de la conferencia internacional de El Cairo amplía los objetivos de la atención primaria de la salud. Este nuevo concepto debe ser asumido como un nuevo

objetivo de APS en esta materia, lo cual implica comprender a las personas de manera holística, incluyendo el empoderamiento, la equidad de género y una vida libre de violencia como dimensiones de la salud sexual y reproductiva. Considerar a las personas como sujetos de DDSSRR entraña para la atención primaria el desafío de contribuir al desarrollo de la capacidad de las personas de tomar decisiones como protagonistas de su salud sexual. Vera sostiene que el derecho de las personas a vivir una sexualidad libre, segura, responsable y placentera constituye un derecho del cual se derivan otros derechos para ejercerlo. Para este autor, el nuevo desafío de la APS en materia sexual y reproductiva consiste en lograr que las personas puedan tomar decisiones por sí mismas, sin ningún tipo de coerción. Esto implica una estrategia de promoción de la salud que permita que el protagonismo sea asumido por las propias personas.

Cerrando los aportes conceptuales relacionados a la atención primaria, resaltamos la importancia de la presencia de efectores públicos de primer nivel que garanticen el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en el territorio. Según Cetrángolo y Devoto (2002), en Argentina el acceso a la salud es garantizado por tres subsectores diferenciados: público, seguridad social y privado. A partir de la concurrencia del sector público, el desarrollo de las obras sociales y la ampliación del sistema de seguridad social se logró alcanzar una amplia cobertura de la población. En relación a la temática analizada en este trabajo de investigación, es necesario aclarar que el subsistema público de salud se halla disponible para toda la población, en función del derecho a la salud que asiste a los ciudadanos argentinos. En el caso particular de la política de salud pública en la provincia de Santa Fe, la misma ha tenido un gran desarrollo desde la década de los '80, conviviendo actualmente en el territorio una red de salud pública provincial con una red de salud pública municipal. Esta red está presente en todo el territorio de la ciudad de Rosario, habilitando el acceso a la salud a toda la población que no está cubierta ni por el sistema de seguridad social ni por el sistema de salud privada.

2.3 – Accesibilidad

Para trabajar teóricamente la dimensión del acceso, retomamos la propuesta de Arias y Sierra (2019: pág. 1) en relación a la construcción de accesibilidad en las instituciones. Estas autoras recuperan dos maneras distintas de comprender la accesibilidad: la de “consumo” y la de “derechos”. Mientras que la accesibilidad de consumo está reglada por lógicas relacionadas con satisfactores y en las cuales la calidad es un aspecto central, la accesibilidad de derechos exige pensar lo institucional concibiendo otras formas de

“encuentro” con los sujetos. Pensar la accesibilidad en tanto “acceso a derechos” que superen la accesibilidad “de consumo” implica construir condiciones cada vez más hospitalarias, en el sentido del respeto y el reconocimiento de este otro.

Arias y Sierra recuperan las categorías de hospitalidad y reconocimiento como puerta de entrada para analizar ciertas lógicas del acceso a los derechos sociales. Si en la lógica de los derechos existe un reconocimiento del otro en el marco de la aceptación de un conjunto de exigencias de igualdad, la lógica de la hospitalidad parte del reconocimiento del otro como alguien diferente a mí. Sólo podemos ser hospitalarios con aquel a quien reconocemos entidad de “otro”. A su vez, no hay acceso sin hospitalidad. Hacer lugar para que el otro pueda llegar implica visibilizar la trama de relaciones, espacios, tiempos, agentes y dispositivos puestos en juego a la hora de pensar un acercamiento institucional. A partir de una organización diferente de los vínculos, los saberes, los recursos es posible ensayar accesibilidades que permitan encuentros efectivos y afectivos.

Construir instituciones hospitalarias supone aceptar que este “otro” genera disrupciones en los modos institucionales: para que llegue, hay que procesar esta disrupción. La posibilidad de pensar la accesibilidad como reconocimiento implica renunciar a la exigencia de que ese otro habite nuestros códigos y abandone sus pautas para adaptarse a los territorios a los que lo invitamos a acceder; pensar en la hospitalidad nos habilita a analizar cuan humanizadas pueden ser nuestras intervenciones. No hay hospitalidad posible si no hay reconocimiento de la alteridad y si el otro no

“...No hay hospitalidad posible si no hay reconocimiento de la alteridad y si el otro no tiene la posibilidad de elegir. Elegir implica poder para distinguir, priorizar, valorar y decir. Incorporar nuevas formas de reconocimiento del otro es pensar que desde lo público también se puede elegir...”

tiene la posibilidad de elegir. Elegir implica poder para distinguir, priorizar, valorar y decir; incorporar nuevas formas de reconocimiento del otro es pensar que desde lo público también se puede elegir (Arias y Sierra, op. cit.: páginas 6-7).

En relación a la accesibilidad, sumamos los aportes de Stolkiner et al., desarrollados en el marco de sus investigaciones sobre sistemas y servicios de salud. Estos autores entienden a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Stolkiner et al., 2006: pág. 202). Parten de la idea de accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, reconociendo en este concepto

su dimensión relacional. En este sentido, entienden a los servicios de salud como productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población, lo que da como resultado distintos modos de acercamiento y utilización entre los sujetos y los servicios. Son los sujetos quienes construyen la posibilidad del acceso a los servicios y esto es producto de una multiplicidad de situaciones. Este vínculo se manifiesta y puede ser observado en la modalidad que adquiere la utilización de los servicios (Stolkiner et al., op. cit: pág. 203). Recuperamos este aporte para problematizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública municipal, ya que incluye la cuestión relacional en el análisis de la accesibilidad. Además de preguntarnos acerca de la disponibilidad de los insumos y la infraestructura, contemplamos cómo se construye el vínculo con la población que acude a los servicios de salud.

Apelar a la accesibilidad para pensar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud y, especialmente, en un efector del primer nivel, pone el foco en la importancia de garantizar a las personas que se acercan con estas demandas la posibilidad de elegir la respuesta que mejor se ajuste a sus preferencias, asegurando que las mismas sean de la mayor calidad posible. Esto implica reconocer el poder de decisión que ese otro tiene sobre un aspecto fundamental de su propia vida como es la sexualidad y la procreación. Destacamos la necesidad de evitar la imposición de códigos ajenos a las personas, intentando en todo momento abrir las posibilidades para que ese otro habite la institución según sus propias pautas. A su vez, esta lectura abre la pregunta acerca de la construcción del vínculo con aquellas personas que se acercan con este tipo de demandas.

2.4 - Capacidades estatales

Retomamos en este apartado aportes conceptuales en relación a la capacidad estatal y a las capacidades técnicas del Estado. Trabajamos esta línea teórica para analizar estas capacidades respecto del acceso a los derechos sexuales y reproductivos en un efector del primer nivel de atención. Presentamos primero algunos aportes sobre capacidad estatal, para luego trabajar sobre los componentes de la misma.

Según Enzo Completa (2017) la capacidad estatal es entendida como la habilidad real y potencial que deben poseer los Estados y sus agencias para articular intereses sectoriales, optar por un rumbo determinado y tomar decisiones de manera autónoma, superando las restricciones que plantea el entorno institucional, para alcanzar los objetivos organizacionales y promover el bienestar general. Este autor aclara que la capacidad

estatal no se limita a las capacidades administrativas (es decir, del aparato burocrático); es necesario complementar esas capacidades con las relacionales o políticas. La capacidad estatal es un atributo central del Estado, sobre todo al momento de diseñar y asignar recursos para la ejecución de políticas públicas, las cuales deben orientarse a generar mejoras en la calidad de vida de las personas con prescindencia de las presiones que reciban para favorecer intereses sectoriales. La prosecución del bienestar general y la mejora continua de la calidad de vida de las personas son atributos esenciales de todos los Estados, que trascienden los criterios de eficiencia y eficacia, razón por la cual estas finalidades están estrechamente relacionadas con las capacidades específicas que las agencias estatales deban generar o fortalecer (Completa, 2017 op. cit.).

Para desarrollar los componentes de la capacidad estatal, recuperamos los aportes de Bertranou (2015). De acuerdo a este autor, la capacidad estatal consiste en la aptitud de los entes estatales para lograr los fines que le han sido asignados interna o externamente. Esta aptitud puede ser explicada a partir de los componentes de capacidad estatal, entre los que se encuentran las dotaciones humanas, las competencias legales y su legitimidad y los recursos organizacionales y de acción interorganizacional. En función de la existencia de estas dotaciones humanas, organizacionales, tecnológicas y de capital interorganizacional, puede variar la capacidad del Estado (Bertranou, 2015).

Tomaremos los componentes mencionados por el autor para analizar las capacidades técnicas del Estado (trabajadores, recursos, protocolos) mencionadas en los objetivos específicos. Bertranou recupera una primera clasificación de los componentes, dividiendo los mismos entre capacidades técnicas, administrativas, institucionales y políticas. Plantea que las capacidades técnicas se fundan en los conocimientos específicos ligados a los fines de la organización estatal, las administrativas se refieren a poder proveer los insumos necesarios para generar bienes finales, las institucionales se fundan en los dispositivos legales que habilitan el trabajo de una organización y las políticas se refieren a la potencialidad de influenciar otros actores en la consecución de un fin. A su vez, el autor citado distingue como factores o componentes de la capacidad estatal los siguientes: el vínculo actor estatal/otros actores; la legitimidad del actor estatal; las características de los arreglos institucionales y la estructura burocrática; y el capital de acción interinstitucional (Bertranou, 2015). Asigna al tercer componente mencionado (características de los arreglos institucionales y la estructura burocrática) una importancia central para explicar la capacidad de una organización estatal, sin desmedro de la

relevancia de las demás dimensiones. De los componentes identificados, el destacado por el autor alude a las condiciones internas de la organización, aquellas que explican de manera directa la función de producción y las funciones críticas. Este componente alude a las condiciones del aparato burocrático que sostiene las actividades de la organización y las características que ofrece el marco institucional de relaciones entre distintas organizaciones estatales.

Coincidimos con el análisis de Bertranou, que ubica a la estructura del aparato burocrático en un lugar central al momento de establecer las capacidades estatales. Entendemos que este componente (el cual, a nuestro parecer, incluye a las capacidades técnicas estatales en su definición) es un aspecto fundamental en la implementación de las políticas públicas. En el caso de nuestro proceso de investigación, el acceso a los derechos sexuales y reproductivos puede verse dificultado o facilitado según la mayor o menor capacidad del aparato burocrático para llevar adelante esta política. Tanto los recursos disponibles, como las condiciones de infraestructura o la capacitación del personal en la temática se vuelven cuestiones fundamentales al momento de analizar en qué condiciones se garantiza el acceso a estos derechos en un efector de salud pública.

2.5 – Intervención profesional del Trabajo Social

Uno de los objetivos de este trabajo es analizar el papel que desempeña el profesional de Trabajo Social en la garantía del acceso a los derechos sexuales y reproductivos en un efector de salud pública del primer nivel. Para comprender esta cuestión, recuperamos algunas nociones teóricas respecto de la intervención profesional.

"...La intervención profesional se entiende como la puesta en "acto" de un trabajo a partir de una demanda, en el marco de una especificidad profesional, destacando que su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social..."

Susana Cazzaniga trabaja sobre la intervención social y la intervención profesional y entiende la intervención social como aquellas estrategias que una sociedad despliega con el fin de que los diferentes sectores que la integran mantengan su cohesión. Uno de los aportes de la autora es su incorporación de los conflictos que "atentan" contra esa cohesión. De este modo, toda situación social analizada debe ser comprendida a la luz de la cuestión social del momento (Cazzaniga, 2006: pág. 11).

La intervención profesional se entiende como la puesta en "acto" de un trabajo a partir de una demanda, en el marco de una especificidad profesional, destacando que su origen está

atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social. (Cazzaniga, 2006: pág. 12). Cazzaniga recupera dos dimensiones centrales de la intervención profesional: 1) demanda y 2) intervención como proceso artificial. La demanda se halla atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la percepción de los sujetos que la solicitan respecto de sus problemas y necesidades, en un contexto histórico particular. La intervención como proceso artificial destaca la exigencia que plantea a la capacidad teórica de los profesionales el poder comprender esa demanda e incorporar la dimensión ética para reconocer las consecuencias que produce la intervención. Estas consecuencias pueden ser la promoción de sus autonomías o la cancelación de las mismas (Cazzaniga, 2006).

Siguiendo la propuesta de esta autora, entendemos que la intervención de Trabajo Social se trata de una práctica profesional específica sostenida por un conjunto de saberes fundados y argumentados teóricamente que le permite comprender/decir/hacer, desplegando su intervención en los espacios público estatales y público-sociales (Cazzaniga, 2007). Esta práctica pretende dar respuesta al segmento de la población que no logra incorporarse al orden social dominante, cuestión que se intenta resolver mediante mecanismos de inspección, clasificación y control. Esta población excedente señala el conflicto social, poniendo en jaque permanente el orden. Allí surge nuestra profesión, para diagnosticar esos problemas, y definir alternativas de superación. El mandato social de origen de la profesión está signado por el disciplinamiento, lo cual implica superar las ideas que aún persisten sobre nuestra buena voluntad, exigiendo a esta práctica un sustrato racional y científico que no descarta la abnegación, sino que la incorpora como un elemento más (Cazzaniga, 2007: págs. 87- 88).

Según la autora trabajada, es posible identificar nuestra intervención como mediación entre exclusión - inclusión en relación con las expresiones de lo que se ha dado en llamar la cuestión social, que son los obstáculos materiales y simbólicos para la producción y reproducción social de la población que no logra integrarse al sistema, imposibilidad que se encuentra en las condiciones mismas del capitalismo. Esto significa que, más allá de la intención disciplinadora de los dispositivos, existe una vinculación profesional ineludible con aquellos sujetos excluidos del orden material y/o simbólico y las condiciones de vida de los mismos (Cazzaniga, 2007).

Otro autor que recuperamos en relación a la intervención profesional es Carballeda, quien propone una visión interesante sobre la percepción de las personas con quienes

trabajamos sobre su propia realidad. En ocasiones, las personas con quienes intervenimos pueden llegar a naturalizar la realidad que perciben como la normalidad. Esa noción de normalidad se construye, según el autor, a partir de la recurrencia, de la repetición, y la situación que habitan las personas con las que trabajamos puede terminar siendo entendida como algo incuestionable. En la vida cotidiana, lo que se reitera se torna hábito a partir de que las personas se encuentran en un mundo que ya conocen. La realidad vivida, de esta manera, puede volverse habitual y formar parte de un entramado de sentidos que conforman la vida cotidiana del sujeto y su grupo de pertenencia (Carballeda, 2008: pág. 90). A su vez, la intervención profesional puede dar lugar a transformaciones en estas percepciones que permitan problematizar lo dado. Recuperamos esta idea para abrir la pregunta acerca de cómo perciben los profesionales las consultas sobre derechos sexuales y reproductivos realizadas por la población referenciada en el Centro de Salud.

Aclaremos aquí cuál es nuestra visión sobre la intervención profesional antes de analizar el rol del profesional en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Este es el posicionamiento teórico desde el cual intentaremos establecer el papel que desempeña este profesional en las situaciones a estudiar.

* * *

A lo largo de este capítulo abordamos diferentes ejes temáticos que dialogan con nuestro proyecto de investigación y son algunas de las líneas que es posible tomar como horizonte para tratar de comprender el complejo universo de los derechos sexuales y reproductivos. De ningún modo agotan las posibilidades teóricas disponibles para analizar la temática elegida; elegimos las mismas en base a su pertinencia para abordar los objetivos definidos al comienzo de este trabajo. La trama que vincula a estos ejes entre sí es la realización efectiva de una serie de derechos humanos básicos consagrados en diversos tratados internacionales y en la Constitución Nacional argentina a partir de su reforma en 1994. En este capítulo planteamos qué entendemos por derechos sexuales y reproductivos, repasamos la estrategia para su realización efectiva en territorio a partir de los aportes relacionados a atención primaria, recuperamos nociones relacionadas al acceso a los derechos y cómo se construye esa accesibilidad, trabajamos las capacidades del Estado para garantizar derechos y señalamos desde qué visión de intervención profesional nos posicionamos para establecer el rol que cumple el Trabajo Social en la garantía de esos derechos. Analizaremos los datos relevados en nuestro trabajo de campo a partir de estas líneas teóricas para obtener una visión de conjunto sobre la problemática que nos interesa.

3. EXCAVANDO DATOS / Apartado metodológico

En este capítulo detallamos la metodología utilizada en este trabajo. Recuperamos algunas nociones teóricas que nos guiaron al momento de diseñar la estrategia metodológica y reseñamos el proceso de recolección de la información analizada.

El objetivo de este trabajo es analizar las condiciones de acceso a la salud sexual y reproductiva, específicamente a la anticoncepción y a la interrupción legal voluntaria del embarazo, en el primer nivel de atención de la salud en la red de salud pública municipal. Apelamos al uso de metodologías de investigación que permitan relevar cómo se resguarda el acceso a estas prestaciones de salud.

Para desarrollar la investigación, optamos por la modalidad cualitativa. Esta alternativa nos parece la más adecuada para nuestro objetivo ya que la investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, sus perspectivas, sus historias, sus comportamientos, sus experiencias, sus interacciones, sus acciones, sus sentidos, y los interpreta de forma situada, ubicándolos en el contexto en el que tienen lugar (Vasilachis de Gialdino et al., 2006). En este trabajo indagamos acerca de situaciones que transcurren en el marco de la interacción entre ciudadanos y servicios de salud, entendiendo el acceso a estos servicios como una experiencia clave en la vida y en la historia de las personas; la metodología cualitativa es la que mejor se ajusta para realizar este estudio.

Señalamos aquí qué entendemos por metodología y por métodos, puesto que ambos términos se suelen usar como sinónimos, aunque no significan lo mismo. Siguiendo a Sautu, afirmamos que la metodología es el estudio de los métodos; discute los fundamentos epistemológicos del conocimiento, el papel de los valores, la idea de causalidad, el papel de la teoría y su vinculación con lo empírico, la definición y validez del recorte de la realidad. También trata cuestiones como el papel del investigador, sus orientaciones culturales, sus valores y su interacción con los agentes sociales. Los métodos son una serie de pasos que el investigador sigue al momento de producir una contribución al conocimiento (Sautu, 2005). En este trabajo de investigación, apelamos a la metodología cualitativa para situarnos frente al proceso de análisis y recurrimos a diversos métodos para recolectar los datos a interpretar.

Además, utilizamos un conjunto de herramientas para producir la información a analizar: análisis documental, análisis normativo, análisis estadístico y entrevistas semiestructuradas. Recurrimos a ellas en distintas etapas del trabajo, según el objetivo de

cada sección. Las entrevistas constituyen nuestra principal fuente de información; fueron realizadas a miembros del equipo del centro de salud “Henry Dunant” y a una referente de la red de salud municipal. La entrevista consiste, siguiendo a Sautu, en una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de las personas. El entrevistado cuenta sus historias y el entrevistador pregunta acerca de sucesos, situaciones, intentando comprender el sentido que tiene esa experiencia para el actor consultado (Dalle et al., 2005).

El análisis estadístico se basa en datos cuantitativos brindados por el Área de Estadísticas y Censos de la Secretaría de Salud Pública, con el objetivo de describir a grandes rasgos el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública municipal. Con el fin de presentar el marco legal en donde se inscriben los derechos sexuales y reproductivos, recurrimos al análisis normativo de leyes nacionales, provinciales y ordenanzas. Y para desarrollar las líneas conceptuales que orientan este trabajo, utilizamos la técnica de análisis documental, relevando las categorías teóricas centrales en un conjunto amplio de bibliografía sobre el tema.

El primer paso para recolectar información fue buscar datos estadísticos sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud municipal de la ciudad de Rosario, con el fin de obtener un panorama general del acceso a estos derechos en esta red de salud. Buscamos primero publicaciones relacionadas a la temática que dieran cuenta de cómo fue el acceso a estos derechos en años recientes; luego de buscar por distintos medios, se llegó a la conclusión de que esos datos no estaban publicados o no estaban disponibles para el público general. En esa instancia del proceso se decidió recurrir a la Secretaría de Salud Pública para solicitar información.

Consultamos en la Secretaría de Salud Pública cómo acceder al Área de Estadísticas y Censos de esta repartición. Luego de recorrer diversas dependencias en el edificio y alrededores, logramos dar con la oficina de Estadística. Allí nos explicaron que los datos solicitados se podían obtener en esa oficina, pero que no los pueden brindar al público sin autorización previa del Comité de Ética de la Investigación en Salud, dependiente de la Secretaría de Salud Pública. En esa repartición nos brindaron una serie de formularios y recomendaciones, que incluían obtener el aval de los directores de dos dependencias de la Secretaría de Salud Pública (la Dirección de Centros de Salud y la Dirección General de Servicios de Salud) y de la Universidad Nacional de Rosario.

El proceso de acceso a la información llevó varias semanas dado que es necesario cumplir una serie de requisitos como la firma de avales, la presentación de copias del proyecto de investigación y demás documentación. Una vez reunidos los requisitos, se presentó la solicitud de autorización en el Comité de Ética que tiene 30 días para dar dictamen (es decir, aprobar o rechazar la solicitud y solicitar modificaciones al proyecto presentado). Además, se nos solicitó presentar el modelo de entrevistas, con las preguntas a realizar al personal de la Secretaría de Salud Pública, un modelo de consentimiento informado y una copia del Proyecto de TIF. Tres semanas después de haber presentado la solicitud y toda la documentación requerida al Comité de Ética, recibimos un mail indicando una serie de sugerencias a implementar en la documentación presentada. Estas incluían algunas observaciones sobre las preguntas de las entrevistas y algunos datos que faltaban, a criterio del Comité, en el formulario de consentimiento informado. A su vez, nos sugirieron reformular el objetivo general y tres de los cuatro objetivos específicos en el Proyecto de TIF. La documentación fue revisada y vuelta a enviar al Comité. Un mes después de haber presentado el formulario de solicitud, obtuvimos la aprobación para pedir los datos estadísticos y acto seguido solicitamos los datos al Área de Estadística de la Secretaría de Salud Pública municipal, con el formulario correspondiente.

Dos semanas más tarde, nos convocan del Área de Estadística a una reunión para explicarnos qué datos se podían brindar y cuáles no y se acordó el envío de los datos disponibles, que fueron enviados sin procesar. Unos diez días más tarde, recibimos tres planillas de Excel, con los datos en bruto sobre consultas relacionadas a anticoncepción, consultas por embarazo no deseado y cantidad de interrupciones del embarazo realizadas en 2021 y 2022 para la ciudad de Rosario. Estos datos fueron analizados por medio de la técnica de análisis estadístico, utilizando la herramienta “Tablas dinámicas” del programa Excel para obtener los datos cuantitativos sintetizados en el capítulo 4 de este trabajo.

El proceso para obtener datos cuantitativos presentó ciertas complejidades, pero se valora como muy positiva la respuesta del área de Estadística de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario dado que el acceso a la información pública tiene sus dificultades en la actualidad. Los datos se presentan sin referencias a las personas y de forma cuantitativa; tienen como objetivo describir un panorama general de la cantidad de consultas recibidas en la red de salud pública municipal en relación a los derechos sexuales y reproductivos.

Del proceso nos llama la atención el interés por conocer las preguntas que se iban a realizar a los profesionales seleccionados y la insistencia en aclarar qué datos se requerían y con qué fines, así como la cantidad de pasos para presentar avales y trámites que tuvimos que realizar para poder solicitar el acceso a los datos. Comprendemos la obligación de la Secretaría de Salud Pública de garantizar que las investigaciones y estudios llevados a cabo en su seno cumplan con estándares de ética; por ende, es razonable que las investigaciones a realizar en alguna institución de esa Secretaría sean evaluadas por un Comité. Sin embargo, recomendamos a partir de la realización de este trabajo mejorar la disponibilidad de datos públicos por parte de la Secretaría de Salud Pública en relación a las consultas relacionadas a derechos sexuales y reproductivos. Sugerimos también establecer mecanismos más ágiles para solicitar datos que no se hallen disponibles al público en general; desde que iniciamos las averiguaciones hasta que obtuvimos los datos en mano (sin procesar) transcurrieron dos meses y medio.

Se destaca a lo largo de este proceso la buena predisposición y amabilidad de todo el personal de la Secretaría, que brindó orientación y respuesta a los muchos mails enviados y visitas realizadas a distintas dependencias mientras intentábamos obtener estos datos. Resaltamos la convocatoria a una entrevista con la directora de Estadística, quien nos explicó pacientemente qué datos se podían obtener y cuáles no a partir de la forma en que son cargadas la consultas al sistema de Salud Pública.

Respecto de los datos cualitativos, en total se realizaron seis entrevistas durante el mes de agosto de 2023. La transcripción de las entrevistas, así como el cuadro resumen de actores, se encuentra disponible en el Anexo de este documento. Hicimos entrevistas semiestructuradas con cinco miembros del equipo del Centro de Salud municipal “Henry Dunant” y con una funcionaria de la Secretaría de Salud. El centro fue elegido por la posibilidad de acceso que brindaba el contacto con la trabajadora social de ese efector. Se coordinó primero una entrevista con esta profesional. Esto nos permitió un primer acercamiento al efector y evaluar cómo continuar con las demás entrevistas. Se presentó un breve listado de las entrevistas que se quería realizar y la trabajadora social fue indicando quiénes podían ser los candidatos ideales para las mismas. Allí se decidió concretar cuatro entrevistas más con miembros del equipo de salud: tres fueron seleccionados por ocupar lugares clave en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos; el cuarto fue seleccionado por su conocimiento acerca de la historia del Centro de Salud, no sólo por haber trabajado allí muchos años, sino por ser además vecino

del barrio. Destacamos la buena predisposición de la trabajadora social, quien no solo concedió parte de su tiempo para ser entrevistada, sino que también fue nuestro enlace con los demás colegas del Centro de Salud. A su vez, nos encontramos con algunas dificultades al realizar las entrevistas. Las cuatro entrevistas finales, realizadas a profesionales del equipo de salud, fueron reprogramadas en dos ocasiones por cuestiones que afectaban al equipo. Si bien entendemos que estas son las dinámicas propias de una institución de salud de primer nivel, donde la planificación de actividades está sujeta a cuestiones que van surgiendo en el día a día, requirió una cierta cuota de paciencia completar las entrevistas en el Centro de Salud.

La sexta entrevista fue realizada con la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. La obtención de esta entrevista fue un golpe de suerte. Entre las muchas personas que tuvimos que contactar durante la búsqueda de datos estadísticos, una de ellas fue una funcionaria de esa área. Aprovechando el contacto con esta persona para obtener el aval requerido por el Comité de Investigación, consultamos si había alguna posibilidad de concretar una entrevista en los días siguientes. Esta persona accedió amablemente a ser entrevistada, brindando su perspectiva sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública de Rosario.

Los datos obtenidos fueron analizados por medio de la técnica de análisis temático. En primer lugar, se transcribieron las entrevistas. En una segunda instancia, se analizó la información obtenida en base a cuatro ejes: acceso a anticoncepción, acceso a interrupción del embarazo, capacidades estatales en la garantía del acceso a derechos sexuales y reproductivos y rol del profesional de Trabajo Social en la garantía del acceso estos derechos. Luego se rastrearon en cada eje una serie de dimensiones, las cuales son presentadas en el siguiente cuadro:

<i>Ejes</i>	<i>Dimensiones</i>
Acceso a anticoncepción	- Acceso - Demanda - Insumos - Objeción de conciencia
Acceso a interrupción del embarazo	- Acceso - Demanda - Insumos

	- Objeción de conciencia
Capacidades estatales en la garantía del acceso a derechos sexuales y reproductivos	- Equipo - Capacitación - Protocolos de atención - Capacidad estatal y acceso a DDSSRR - Desafíos para los DDSSRR
Rol del profesional de Trabajo Social en la garantía del acceso a derechos sexuales y reproductivos	- Llegada TS al Centro de Salud - Visión sobre demanda relacionada a DDSSRR - Intervención del TS en DDSSRR

Cerrando este capítulo, repasamos las técnicas utilizadas en este trabajo. Para realizar el análisis documental, apelamos a la revisión de documentos; analizamos bibliografía sobre el tema, protocolos de atención, resoluciones, leyes y ordenanzas. Con el objetivo de realizar el análisis estadístico, recurrimos a la recopilación de datos, solicitando información en el área de Estadísticas y Censos de la Secretaría de Salud Pública. Y para realizar el análisis temático que nos permitió responder a los objetivos específicos, nos servimos de entrevistas semiestructuradas. Apelamos a la combinación de técnicas para obtener una mirada más amplia sobre la realidad a analizar. Implementamos el análisis de datos estadísticos de la red de salud municipal junto con la realización de entrevistas semiestructuradas para analizar lo que pasa en un efector de esa red. De esta manera, intentamos triangular datos, buscando diversas fuentes para constatar la información que fuimos obteniendo. Sumando entrevistas al equipo de salud y a una funcionaria de la Secretaría de Salud Pública y contrastando la información obtenida con datos cuantitativos, pudimos desarrollar un panorama más amplio sobre el tema a investigar.

En el capítulo siguiente, se dará cuenta de los resultados obtenidos a partir del análisis de la información recolectada.

4. UNA MIRADA POSIBLE / Análisis de los datos

En este capítulo daremos cuenta de la información y los datos relevados en el marco del trabajo de investigación. Se apelará a las entrevistas realizadas, a los datos cuantitativos brindados por el Área de Estadísticas y Censos de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario y a algunos documentos analizados a tal fin. En la primera sección sintetizamos los datos cuantitativos relevados; describimos en la segunda sección el efector de primer nivel analizado; y presentamos en la tercera sección la información relevada en el marco de las entrevistas realizadas, agrupando los datos en cuatro apartados con la intención de aproximar respuestas para cada objetivo específico propuesto.

4.1 – Datos estadísticos de la Red de Salud Pública Municipal

En esta sección, presentamos los datos cuantitativos relevados con el objetivo de describir el panorama general de acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública municipal. A lo largo del proceso de investigación, pudimos relevar una serie de datos en relación al acceso a los mencionados derechos en el sistema de salud municipal. Fue posible obtener información estadística sobre consultas relacionadas a anticoncepción, consultas relacionadas a embarazos no deseados e interrupciones del embarazo realizadas en el período comprendido entre enero del 2021 y diciembre del 2022 en todos los efectores municipales. Estos datos fueron brindados por el Área de Estadísticas y Censos de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario (como se reseñó en el capítulo precedente).

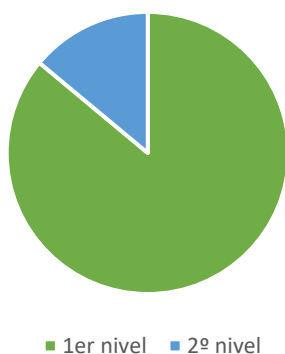
Presentamos primero algunos datos en relación a la población de la ciudad, para comprender qué proporción de la población estamos considerando con las estadísticas analizadas. Según el Anuario de Población y Estadísticas Vitales 2020 (Municipalidad de Rosario, 2022), en la ciudad vivían en ese año 1.001.406 personas y había una mayor cantidad de mujeres, especialmente en los grupos etarios más altos. Esta diferencia entre géneros se vuelve cada vez más marcada a partir de los 50 años de edad. En relación a la edad, la mayoría de la población se concentra en los grupos etarios entre los 20 y los 34 años. Y respecto a la distribución de la población por distritos, la mayor cantidad de población vive en el distrito Centro.

La Red de Atención Primaria de la Salud se distribuye en todo el territorio de la ciudad y tiene presencia en todos los Distritos. El Distrito Noroeste (zona donde se ubica el efector de primer nivel analizado en este trabajo) comprende el 24,52% de la superficie total de

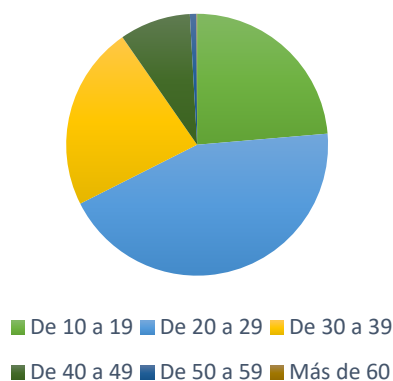
la ciudad, siendo la segunda región más poblada del municipio, luego del Distrito Centro y ocupando el primer lugar en términos de tamaño: 43,82 km² (Municipalidad de Rosario, 2022). En el Noroeste de la ciudad, la mayor parte de la población se concentra en los grupos etarios más jóvenes, entre los 10 y 34 años de edad.

En relación a las consultas por anticoncepción en la red de salud pública municipal, se observa un total de 27.234 consultas en los distintos niveles de salud; 13.357 corresponden al año 2021 y 13.877 al año 2022, sin grandes diferencias entre un año y el siguiente. Respecto de la distribución por edades de estas consultas, el 43% se concentra en el rango etario comprendido entre los 20 y 29 años de edad, un 23% corresponde al rango comprendido entre los 10 y los 19 años y un 22% al rango entre los 30 y 39 años. De estas consultas, 23.434 fueron realizadas en el primer nivel de atención y 3.800 en efectores del segundo nivel.

Consultas por nivel de atención



Consultas por edad pacientes

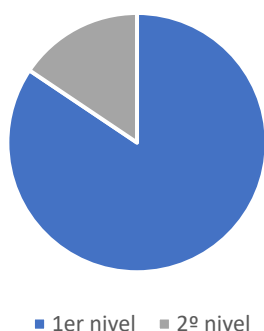


El distrito de la ciudad que concentra la mayor cantidad de consultas de este tipo es el Oeste. En el distrito Noroeste (donde se halla ubicado el Centro de Salud estudiado, “Henry Dunant”) hubo 5.694 consultas por anticoncepción entre 2021 y 2022, sin diferencias significativas en la cantidad de consultas entre un año y el siguiente.

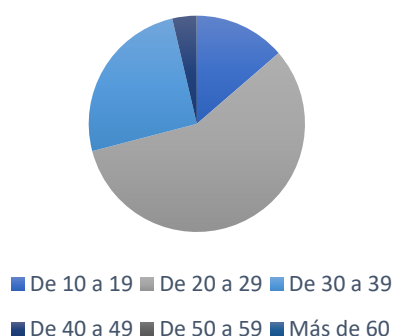
Respecto de las consultas por embarazo no deseado, hubo un total de 3.580 consultas en los distintos efectores del sistema de salud entre 2021 y 2022; 1.542 en el año 2021 y 2.038 en el año 2022, mostrando un aumento hacia el segundo año del período analizado. Al estudiar la distribución por edades, se observa que el 57% de las consultas provienen de personas entre 20 y 29 años de edad, el 25% corresponde a personas entre 30 y 39 años

y el 13% a personas entre 10 y 19 años. El primer nivel de atención recibió 3.022 consultas y el segundo recibió 558.

Consultas por nivel de atención



Consultas por edad pacientes

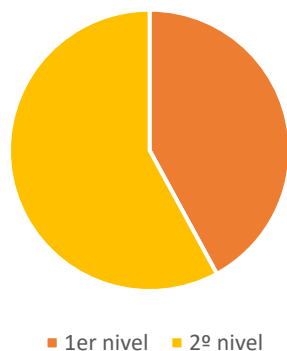


El distrito que recibió la mayor cantidad de consultas por embarazo no deseado fue el Oeste, al igual que en el caso de las consultas por anticoncepción. En el distrito Noroeste se registraron 621 consultas de este tipo. Destaca la mayor concentración de consultas por embarazo no deseado en la franja etaria entre 20 y 29 años de edad, y la diferencia significativa en la cantidad de estas consultas entre la población adolescente y la población entre 30 y 39 años.

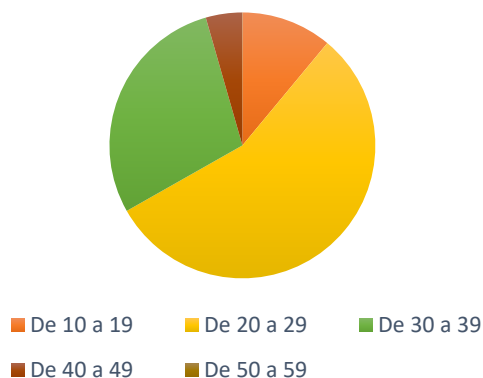
Finalmente, presentamos los datos sobre la cantidad de interrupciones realizadas. No fue posible distinguir al interior de estas estadísticas entre interrupción legal e interrupción voluntaria del embarazo, ya que esta información no es parte de los datos requeridos al cargar las consultas al sistema. Y no pudimos acceder a otros datos que permitan determinar la diferenciación cuantitativa entre una práctica y otra. Por este motivo, hablamos de interrupciones en general, sin diferenciar entre legal y voluntaria, realizadas entre enero de 2021 y diciembre de 2022 en la red de salud pública municipal. En total, se registran 3.274 interrupciones; 1.599 realizadas en el año 2021 y 1.675 en el año 2022. No hay diferencias significativas entre ambos años, si bien cabe recordar que la ley 27.610 de acceso a IVE se reglamenta a nivel nacional recién a mediados del 2021. Respecto de la distribución por edades, observamos que se repite una tendencia similar a la descrita en relación a las consultas por embarazo no deseado: 55% de las interrupciones corresponden a la franja etaria entre 20 y 29 años de edad, 28% a la población entre 30 y

39 años y 11% a la población entre 10 y 19 años. En el primer nivel de atención se llevaron a cabo 1.377 interrupciones y en el segundo nivel 1.897, situación que puede obedecer a que la práctica habitual de derivar interrupciones a realizarse por AMEU se desarrolla en efectores de segundo nivel.

Consultas por nivel de atención



Consultas por edad pacientes



En relación a la distribución entre distritos, en el Centro se llevaron a cabo la mayoría de las prácticas, situación que puede deberse a la presencia en este distrito de efectores de segundo nivel donde se realiza AMEU. En el Noroeste, zona donde se ubica el Centro de Salud analizado en este trabajo, se realizaron 449 interrupciones.

4.2 – El Centro de Salud municipal “Henry Dunant”

Presentamos a continuación al efector de primer nivel donde realizamos la mayoría de las entrevistas: el Centro de Salud “Henry Dunant”. Recuperamos algunas características del barrio donde se encuentra ubicado, algunas cuestiones sobre la historia del efector, y los rasgos más importantes de la población del barrio y del equipo actual de profesionales. Para confeccionar esta sección se utilizaron fragmentos de las entrevistas realizadas, documentos facilitados por el equipo de profesionales en relación a la historia del Centro de Salud y material disponible en la web.

El Centro de Salud se ubica en el distrito Noroeste de la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe), más precisamente en el barrio Azcuénaga. Este barrio está delimitado por las calles Eva Perón al norte, Avenida Pellegrini al sur, Juan Díaz de Solís al oeste y las vías del Ferrocarril Belgrano al este. La zona comenzó a poblarse a principios de siglo XX, como punto intermedio entre el barrio Echesortu y el Barrio Belgrano. En 1917 se

inaugura en el barrio la entonces estación de trenes Km 302, renombrada estación Rosario Oeste en el año 1939. El barrio está poblado por varias instituciones de carácter social y deportivo, presentes en la zona desde hace más de cien años. En la actualidad se caracteriza por ser un barrio de clase media y clase media baja, con perfil mayormente residencial y algunos pocos edificios sobre la calle Mendoza, el epicentro comercial de la zona. Cuenta con dos pequeñas plazas: la plaza Azcuénaga y la plaza Tte. Coronel “Juana Azurduy”; en el centro de esta segunda plaza se ubica el Centro de Salud “Henry Dunant”. Este espacio verde cuenta con mobiliario urbano (bancos, mesitas, juegos infantiles) sin grafitis ni roturas y es punto de encuentro para los vecinos de la zona. En el barrio hay también varios establecimientos educativos: el colegio Nuestra Señora de Pompeya, el colegio Solís, la escuela Juana Albarracín, la escuela Luis Calderón, la escuela José M. Rondeau y el jardín de infantes Albert Schweitzer (“Azcuénaga (Rosario)”, 2023). Estas instituciones son mencionadas por los profesionales del Centro de Salud como espacios donde suelen participar en actividades educativas para la comunidad.

En relación al efector analizado, este se ubica en la calle Teniente Agnetta n°1439, atiende unas 15 mil consultas anuales y cuenta con atención en pediatría, ginecología, odontología y psicología, y en materia de infraestructura cuenta con admisión, farmacia, enfermería, sala de reuniones, baños públicos y sala de usos múltiples (Municipalidad de Rosario, 2016). Al preguntar acerca de la historia del Centro, el equipo nos facilitó un documento redactado por personal del efector y vecinos del barrio hace algunos años, donde se recupera la historia de la institución. De acuerdo a este documento se señala como principal promotora de la construcción del Centro a la Unión Vecinal Azcuénaga, activa hasta el día de hoy, organización que logra su personería jurídica en 1930 y que fue fundada originalmente para buscar soluciones a las problemáticas que afectaban al barrio, especialmente la falta de servicios públicos. A fines de la década del 30, la Vecinal inicia gestiones para adquirir los terrenos ubicados en Tte. Agnetta a la altura del 1500. Allí se solicitó a la Municipalidad de Rosario que construyera un dispensario, con el aporte de materiales por parte de los vecinos. En 1945 comenzó la construcción en el predio limitado por Tte. Agnetta, Neuquén, Machado y Pasaje Guido. La estación sanitaria se llamó en un primer momento “Dr. Tomás Peron” y se inauguró al comienzo de la década de 1950. En 1957 el Centro de Salud pasó a llamarse “Jean Henry Dunant”, en memoria de quien fundara la organización internacional “Cruz Roja”.

Para reconstruir las características de la población que acude al Centro de Salud, recuperamos los intercambios con dos trabajadores del efector, que son a su vez vecinos históricos del barrio. En estas entrevistas pudimos saber que en general la población que asiste al Centro es de clase media baja, hecho que coincide con las condiciones del barrio que rodea al efector, el cual cuenta con servicios e infraestructura básica. A su vez, una cuestión que aparece en ambas entrevistas es la edad avanzada de la población que acude al Centro, la cual cuenta incluso con cobertura de PAMI en algunos casos, pero sigue eligiendo el Centro para atenderse con el equipo de profesionales de esa institución. La referencia a esta población emerge como una coyuntura que hubo que afrontar desde la institución, ya que son personas que podrían acudir a los servicios provistos por PAMI, pero siguen eligiendo atenderse en un efector público.

Cuando consultamos sobre el acceso de la población joven, nos informaron que “... población joven hay, no como en otros lugares... Acceden al Centro de Salud... las dificultades que podemos estar viendo es al cierre del Centro de Salud, ahí aparecen los jóvenes, porque estamos rodeados por una plaza... Y en esta plaza hemos podido hacer alguno que otro trabajo porque se juntan a la noche...” (Entrevista 6, 2023).

Otra característica que surge de las entrevistas es el acceso al Centro de Salud de los vecinos del barrio que se quedaban sin obra social durante las sucesivas crisis económicas. Pudimos saber que, ante cada variación o crisis, como la ocurrida en 2001, cuando la gente se queda sin obra social, vuelve al Centro de Salud. Aparece reiteradamente la pertenencia social de la gente que acude, marcando distancia con la población que suele concurrir a otros efectores públicos, afirmando que el Centro se encuentra en un barrio donde conviven distintos sectores sociales y que no es periférico.

En relación al equipo de profesionales, supimos a través de los intercambios con los profesionales que en los últimos años hubo grandes cambios en su composición. Hubo varias personas que hacía décadas trabajaban en la institución y que se fueron jubilando. Esto permitió el acceso de una nueva camada de profesionales al equipo. Nos comentan que “...es sumamente positivo el recambio, porque se retribujan un montón de cosas...traen nuevas formas de trabajar, un montón de ideas que ellos traen y que las estamos implementando de a poco... O ellos toman las nuestras... Es un ida y vuelta...” (Entrevista 6, 2023). Esto a su vez permitió, de acuerdo a lo relatado en las entrevistas, la llegada de más médicos generalistas, lo cual implicó trabajar con la población para que se acostumbren a consultar con estos profesionales y no con especialistas, tales como

pediatra o ginecólogo. Observamos el impacto de los cambios producidos en el equipo de profesionales en los últimos años, cuestión que a nuestro entender juega un rol clave en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de quienes se acercan con este tipo de demandas.

4.3 – Los derechos sexuales y reproductivos en la Red de Salud Municipal: la mirada de los trabajadores de los servicios de salud

Desarrollaremos en esta sección el análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas. La información se presenta en cuatro apartados: cada uno de ellos reúne fragmentos de distintas entrevistas, intentando recuperar la voz de los actores que implementan en los servicios de salud de la red municipal las políticas destinadas a garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Este agrupamiento pretende ensayar respuestas para los objetivos específicos planteados al comienzo del trabajo: acceso a métodos anticonceptivos en el primer nivel de atención, acceso a interrupción del embarazo en el primer nivel, capacidades estatales puestas en juego en el acceso a derechos sexuales y reproductivos y rol del trabajador social en situaciones relacionadas a los mencionados derechos.

Las entrevistas fueron analizadas utilizando la técnica de análisis temático. Luego, apelamos a las líneas conceptuales trabajadas en el capítulo 2 para analizar la información recolectada.

4.3.1 – Condiciones de acceso a métodos anticonceptivos en el nivel local

En este apartado describiremos el acceso a anticoncepción en el Centro de Salud “Henry Dunant” y en efectores del segundo nivel de la red de salud pública municipal. Los datos analizados aquí fueron obtenidos por medio de entrevistas a miembros del equipo del Centro de Salud y a personal directivo de la Secretaría de Salud Pública.

Acceso a métodos anticonceptivos

Varios profesionales del equipo del Centro de Salud resaltan el avance logrado en los últimos años en el acceso a estos servicios. “...Si uno puede hacer una lectura más histórica, es mucho lo que se ha ganado respecto a la oferta, a la flexibilidad de los equipos, a poder alojar ciertas situaciones... Desde la anticoncepción en mujeres que no tengan dieciocho años... la diversificación de los métodos... Distintas cuestiones que van avanzando en relación a los derechos con los que se cuenta... se ha ampliado...”

(Entrevista 1, 2023). Con esta apreciación coincide otro profesional, quien refiere “...antes teníamos muy pocos métodos anticonceptivos, teníamos la pastilla, el inyectable, después vino el DIU... Después se instaló ligar las trompas... Después tuvimos el tema del implante... El preservativo hace años...” (Entrevista 6, 2023).

En estos relatos se aprecia un aumento en la diversidad de métodos para ofrecer a la población y una mayor flexibilidad por parte de los equipos para alojar distintas situaciones que plantea la población. Se alinea con esta visión otra lectura, que considera que “...hace muchísimos años... en el Estado los anticonceptivos se daban para regular el ciclo... Porque no estaban para método anticonceptivo... se disimulaba la forma en que se daban los anticonceptivos...todavía no estaba estabilizado el hecho de que la mujer tenía el derecho a nivel público a acceder a los anticonceptivos, no estaba todavía esa idea en la Salud Pública...” (Entrevista 4, 2023).

Una de las cuestiones indagadas en las entrevistas es la entrega de métodos anticonceptivos en ventanilla. Consultamos acerca de este punto a la persona que atiende este tipo de demanda. Según su relato, “...Generalmente se le dan los anticonceptivos a los que ya se atienden acá... a menos que venga alguien y me diga - Mirá, yo me atiendo en... y no tengo más pastillas anticonceptivas-... yo le pregunto al director y eso lo resuelve el médico, si se puede o no dar... eso generalmente se le consulta al médico que está... yo no tomo decisiones por mí, porque son cosas médicas que yo no sé...Por ahí a lo mejor dice el médico - Bueno, vení al consultorio y vemos qué hacemos...-” (Entrevista 3, 2023). Varios miembros del equipo de salud coinciden en esta lectura, afirmando que algunos profesionales prefieren derivar a un médico ginecólogo o médico generalista antes de prescribir anticonceptivos, por temor a cometer algún error al brindar medicamentos de este tipo.

En relación a los métodos disponibles, al consultar sobre este tema a la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género de la Secretaría de Salud Pública, nos informan que en los efectores del segundo nivel de atención suele haber disponibilidad de casi todos los métodos anticonceptivos. Por momentos puede haber algún faltante, situación frente a la cual se establecen algunas prioridades de atención o se tramita el método con Nación y luego se vuelve a citar a la paciente. “... Tenemos nuestras mujeres, que vamos seleccionando, porque hay veces que tenemos tandas de anticonceptivos inyectables, hay mujeres que quieren un implante, entonces se tramita conseguirlo, y cuando lo traen, se hace... Si están embarazadas, y se viene trabajando, se hace ligadura

de trompas, si la mujer lo desea... Y también tenemos un aumento de las vasectomías... Hay como un pequeño viento de cambio...” (Entrevista 2, 2023).

Observamos que se produce una situación similar en el efector de primer nivel analizado, por momentos faltan algunos métodos específicos y se trata de gestionar los mismos para volver a citar a la paciente con el fin de brindar el método solicitado. En ese Centro de Salud suele haber disponibilidad de casi todos los métodos anticonceptivos, salvo algunas faltantes puntuales. También se trabaja mucho la educación sexual integral en relación a la anticoncepción, con especial énfasis en la población joven, donde se cuenta con el compromiso de los profesionales de la institución (Entrevista 6, 2023). Resalta en las entrevistas realizadas la importancia que da el equipo a brindar tanto información como posibilidades de acceso a anticoncepción a la población en general.

Entre las cuestiones que fueron surgiendo en relación al acceso a anticoncepción, algunos profesionales insisten en la importancia del conocimiento sobre los métodos. Remarcan en este sentido la necesidad de acercar el conocimiento a la población para mejorar el acceso a la anticoncepción, entendiendo al mismo tiempo que existe cierto límite dado por la voluntad de las personas de aplicar el saber brindado (Entrevista 4 y 6, 2023).

Emerge de los intercambios otro aspecto interesante en relación al acceso a anticoncepción: la baja en los embarazos atendidos en el Centro, especialmente entre la población adolescente, a partir de la apropiación de los conocimientos y una llegada mejor posicionada por parte de las pacientes al efector. Se desprende de las entrevistas una mayor apropiación de los conocimientos y un mayor acceso por parte de la población que demanda anticoncepción en el marco del ejercicio de sus derechos, en comparación a años anteriores. Si bien desde el equipo se menciona la falta de información por parte de la población, hay un reconocimiento del avance logrado en ese sentido (Entrevista 4, 2023).

Una cuestión clave que aparece en las entrevistas al equipo es la accesibilidad; en relación a este tema, aparecen varias aristas en el discurso de los profesionales. Con el paso de los años y la sanción de diferentes normativas “...tanto a nivel del Estado, como a nivel del médico en su consultorio, como al nivel de la sociedad, se tiene que abrir una puerta para que sean accesibles esos derechos... Tiene que acompañar a los cambios sociales, tiene que acompañar el sistema médico, público, privado... porque si no te quedas en un desfase...” (Entrevista 4, 2023). Podemos analizar esta lectura desde la noción de los derechos sexuales y reproductivos, trabajada en el capítulo 2, que incluye como elemento

fundamental de estos derechos la posibilidad de disponer de los medios y la información para ejercerlos. Sin implementación de políticas estatales, no es posible lograr el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos; sin estas políticas, estos derechos se convierten en una mera declaración de principios. La accesibilidad implica también brindar conocimiento a la población. Se trata de contar no sólo con los métodos sino también con la información necesaria para utilizarlos adecuadamente, garantizando la toma de decisiones con autonomía por parte de los sujetos. Para lograr esta apropiación de la información por parte de la población, es fundamental tener en cuenta la dimensión relacional de la accesibilidad. Esta se construye en el marco de la relación entre sujeto e institución, donde no sólo se brinda el medio sino también la información que garantice al sujeto la posibilidad de elegir aquello que mejor se ajuste a sus condiciones de vida.

A partir del análisis de las entrevistas, observamos que el equipo de profesionales enfoca su labor principalmente a garantizar el acceso a métodos anticonceptivos, enfatizando la necesidad de mejorar la educación sexual y la entrega de anticoncepción. Se desprende de los intercambios que son esos los nudos críticos en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, más que la garantía del acceso a interrupciones del embarazo. En este sentido, observamos a partir del análisis estadístico que hay una demanda muy grande de acceso a anticoncepción en el sistema de salud municipal, lo cual nos permite afirmar que se garantiza el acceso a anticoncepción en la Red de Salud Municipal. Respecto del efector analizado, destacamos que más allá de ciertas resistencias que objetan el acceso a algunos métodos anticonceptivos (como el DIU), el equipo garantiza el acceso a cualquier tipo de anticoncepción derivando a otros profesionales del Centro que no objetan la realización de estas prácticas.

Demanda de anticoncepción

Respecto a la demanda que recibe el Centro de Salud, indagamos en las entrevistas al equipo acerca de la edad y el género de quienes concurren con estas solicitudes. Sobre la edad, se desprende que en general la población que demanda es de mediana edad o joven. Desde la dirección del Centro de Salud nos explican que en general la gente que se acerca a solicitar anticoncepción es población joven (Entrevista 5, 2023). En varias entrevistas los profesionales refieren que cuesta mucho desde el Centro de Salud lograr la llegada de la población más joven. Destacamos en este sentido la ubicación estratégica del Centro en medio de una plaza donde se suelen juntar adolescentes. Cabe preguntarse acerca de la posibilidad de aprovechar esta ubicación privilegiada para construir estrategias de

acercamiento de la población más joven, no sólo en relación al acceso a sus derechos sexuales y reproductivos sino para acceder a todos los servicios de salud que ofrece el efector. En relación al género, en las entrevistas pudimos averiguar que la mayoría de las personas que acuden al centro solicitando anticoncepción son mujeres. Aún sigue resultando muy difícil lograr que se instale la demanda de este tipo de servicios en la población masculina, recayendo la responsabilidad sobre cuestiones relacionadas a anticoncepción principalmente en las mujeres (Entrevista 4, 2023).

Otro elemento que se desprende de las entrevistas es que la mayoría de las personas que se acerca a solicitar anticoncepción tiene algún tipo de conocimiento previo en la materia. Destacamos como positivo el saber previo de la población que llega solicitando anticoncepción, quienes tienen al menos una idea de los métodos más usuales, y la predisposición del equipo a explicar las veces que haga falta cómo se utilizan los métodos para disminuir el margen de error en el uso de los mismos (Entrevista 5, 2023). Aquí aparece una cuestión central relacionada a los derechos sexuales y reproductivos: el acceso a la información en el marco de la relación entre sujeto e institución. Otra cuestión relevante que surge de los intercambios es que hay un leve aumento de la demanda de anticoncepción por parte de la población en los últimos años, si bien se mantiene estable en el tiempo.

Para finalizar la descripción de la demanda de anticoncepción destacamos la disminución de los embarazos en adolescentes en los últimos años (Entrevista 4, 2023). A partir de las entrevistas realizadas relevamos que el aumento del acceso a anticoncepción por parte de la población se conecta con esta reducción de las tasas de embarazo adolescente. Consideramos que este fenómeno está íntimamente relacionado con la construcción de la demanda desde el Centro de Salud. Entendemos la demanda como un proceso que puede ser construido desde los efectores de salud en conjunto con la comunidad. Creemos que la entrega de anticoncepción es una herramienta crucial para lograr la apropiación por parte de la población de estos métodos, que podría ser enriquecida incluso con campañas de difusión desde el efector sobre la temática analizada.

Insumos para garantizar anticoncepción

Una dimensión indagada en las entrevistas fue la disponibilidad de insumos para responder a las demandas relacionadas a anticoncepción. De los relatos se desprende que se fue ampliando la diversidad de métodos anticonceptivos disponibles a lo largo de los

años, si bien por momentos existen dificultades para conseguir algunos. Recuperamos la cuestión de los insumos ya que entendemos que son un elemento clave de la capacidad técnica del Estado para la implementación de políticas públicas, y constituyen un importante indicador para analizar las condiciones de acceso a anticoncepción en el nivel local.

En este sentido, relevamos en las entrevistas con el equipo del Centro de Salud que, si bien hubo momentos donde faltaron algunos métodos, como el Dispositivo Intra Uterino o el dispositivo subdérmico, a lo largo de los años se fue logrando ampliar la disponibilidad de una diversidad cada vez mayor de métodos anticonceptivos. Se da una situación similar en relación a los anticonceptivos inyectables mensuales, los cuales no se podían conseguir durante el último año por motivos diversos, como la falta de producción de la droga por parte de los laboratorios que la fabrican, pero cuya disponibilidad se fue regularizando con el paso del tiempo (Entrevista 5, 2023). Surge en las entrevistas donde se indagó sobre este tema la disponibilidad permanente de anticonceptivos hormonales orales en el Centro de Salud y el aumento de la variedad de métodos disponibles, aunque con dificultades para conseguir ciertos métodos (implante, inyectables).

Consideramos sumamente positiva la ampliación de la diversidad de métodos anticonceptivos disponibles para la población a lo largo del tiempo (Entrevistas 4 y 5, 2023). El equipo destaca que, con el pasar de los años, se fue ampliando la variedad de métodos anticonceptivos disponibles para cubrir problemáticas diversas, lo cual permitió ajustar mejor la oferta a la demanda de la población. Esto permite brindar un abanico de posibilidades a las personas que se acercan a solicitar anticoncepción al efector, cuestión central si consideramos la importancia de garantizar a las personas que se acercan con este tipo de demandas la posibilidad de elegir la respuesta que mejor se ajuste a sus preferencias. Es este un aspecto fundamental de la construcción de accesibilidad a las instituciones. Sin embargo, creemos que la dificultad para disponer de ciertos métodos en determinados momentos por factores ajenos al Centro de Salud (situación que se dio incluso en el curso del último año con los anticonceptivos inyectables) pueden constituir un eventual obstáculo en el acceso, sobre todo si es necesario volver a citar a la paciente para brindar algún método que no está disponible cuando lo solicita. Esto se puede convertir en una oportunidad perdida para la atención, aumentando el riesgo de embarazos no deseados por no poder brindar el método deseado por la persona que lo solicita.

Objeción de conciencia frente a algunos métodos anticonceptivos

En el contexto de las entrevistas realizadas, surge en relación al acceso a anticoncepción un tema relevante: la objeción de conciencia de un profesional del Centro, ante la solicitud de colocación de DIU (Dispositivo Intra Uterino). Este dato nos es referido por la dirección del Centro de Salud quien nos comenta “... *hay una persona que no coloca DIU, pero sí deriva para que lo coloque otro, lo ofrece igual...*” (Entrevista 5, 2023). Aparece aquí la manera en que es resuelta una situación de objeción de conciencia al interior del equipo; si bien algunos profesionales objetan ciertas prácticas que permiten prevenir embarazos no deseados, se apela a la estrategia de derivación dentro del efector para garantizar el acceso al derecho a la anticoncepción. Recuperando los aportes conceptuales trabajados en torno a la accesibilidad, consideramos que esta estrategia de derivación permite reconocer al otro como sujeto con posibilidad de elegir y con derecho a habitar esta institución con códigos propios que tal vez no coincidan con aquellos de los profesionales que los atienden.

Para finalizar este apartado dedicado a las condiciones de acceso a anticoncepción, donde hemos trabajado algunos aspectos relacionados al acceso, descrito brevemente a la demanda, y planteado algunas ideas respecto a la disponibilidad de los insumos y la objeción de conciencia, queremos señalar algunas cuestiones que surgen del análisis. En primer lugar, aparece en las entrevistas al equipo del Centro de Salud las dificultades para lograr que llegue la población más joven al efector. Creemos que se podría aprovechar la ubicación del Centro de Salud en una plaza para desarrollar actividades que convoquen a gente joven. En segundo lugar, resalta en el discurso de algunos profesionales la insistencia en la necesidad de fomentar el acceso a anticoncepción para evitar llegar a la interrupción del embarazo. Esto puede ser un indicio de ciertas diferencias al interior del equipo, que se resuelven en general con derivaciones dentro del efector. Por otra parte, aparece como obstáculo potencial para el acceso la falta de insumos, aunque la misma es caracterizada por los profesionales como transitoria. Es importante recordar que en el acceso a derechos sexuales y reproductivos es clave evitar aquellas situaciones que puedan convertirse en una oportunidad de atención perdida. Y, finalmente, señalamos como dato de interés para la caracterización del acceso a anticoncepción en el primer nivel la objeción de conciencia. En el caso particular de este efector, si bien hay profesionales que objetan ciertas prácticas, se garantiza el acceso a este derecho por medio de la derivación a otros profesionales del equipo. Esta vía aparece como la solución

viable frente al conflicto que supone la obligación por parte del Estado de garantizar el acceso a prácticas consagradas en la ley, cuando son demandadas a profesionales que se declaran objetores de conciencia, ejerciendo su derecho personal a hacerlo.

4.3.2 – Condiciones de acceso a la interrupción legal voluntaria del embarazo en el nivel local

En esta sección describiremos los mecanismos institucionales que garantizan el acceso a la interrupción del embarazo en el nivel local. Partiendo de la información relevada en las entrevistas intentaremos establecer cómo se garantiza el acceso a estas prácticas en la red de salud pública de la ciudad de Rosario. Nos enfocaremos principalmente en las condiciones de acceso a IVE/ILE en el efector analizado, el Centro de Salud municipal “Henry Dunant”.

Acceso a interrupción del embarazo

Uno de los aspectos indagados fue cómo concebían los entrevistados el acceso a la interrupción legal voluntaria del embarazo, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Desde la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género nos explican que desde antes de la sanción de la Ley 27.610 se implementaba en la red de salud municipal el acceso a interrupciones voluntarias del embarazo. En la salud pública se intentaba alojar estas demandas, incluso cuando las solicitudes provenían de mujeres con obra social (Entrevista 2, 2023). En el relato de los profesionales se destaca constantemente la importancia de la sanción de la Ley para garantizar el acceso a este derecho sexual y reproductivo, y cómo impactó la misma en el accionar de los servicios de salud luego de su aprobación: “...con el advenimiento de la Ley armamos un servicio, que ya estaba trabajando, pero se le dio oficialidad, un servicio de interrupciones por metodología de AMEU en este edificio (CEMAR)...” (Entrevista 2, 2023). A su vez, pudimos relevar a partir de las entrevistas cómo ingresan estas demandas al sistema. Las mismas entran por el primer nivel de salud y allí se solicita laboratorio y ecografía. La solicitud puede ser resuelta en ese efector o derivada al segundo nivel, en caso que se requiera una intervención que no se pueda realizar en un Centro de Salud (Entrevista 2 y 5, 2023). Esta información coincide con lo relevado a partir de los datos estadísticos, donde se observa una mayor cantidad de interrupciones en el segundo nivel de atención. Destacamos la llegada de la demanda a través de los efectores de Atención Primaria.

En relación a la articulación entre los distintos niveles de atención de la salud, pudimos relevar que en aquellas situaciones donde la edad gestacional está más avanzada se suele derivar al segundo nivel, ya que se requiere otro tipo de técnicas para realizar la interrupción. Resalta el trabajo coordinado entre los distintos niveles de atención para brindar una respuesta efectiva a las demandas de interrupción y las opciones de accesibilidad desarrolladas a partir de la implementación de un servicio de AMEU al que pueden dirigirse aquellas personas que no deseen un tratamiento medicamentoso.

Respecto de la garantía de acceso a interrupciones en el Centro de Salud analizado, observamos que, si bien la población acudía al Centro a solicitar la práctica, en general eran pocas las demandas que llegaban al efector. Desde la dirección del Centro una de las explicaciones ofrecidas en ese sentido es que se lograba realizar una buena anticoncepción y planificar el embarazo, si bien se observa una leve tendencia de aumento en la demanda de IVE (Entrevista 5, 2023).

Otra cuestión que indagamos fue acerca del circuito de acceso para las interrupciones legales o voluntarias del embarazo en el Centro de Salud analizado. El equipo nos explica que hay algunos protocolos para la atención de IVE/ILE, pero que de acuerdo a la Ley no es obligatorio tener ni ecografía ni laboratorio. Las ecografías se piden en general para saber las semanas de gestación y encuadrar el pedido en una interrupción legal voluntaria. Respecto de las ecografías, nos explican desde la dirección del efector que “...tenemos de lunes a sábado la posibilidad de pedir la ecografía en el día, sin turno, en un efector de segundo nivel, que sería el Policlínico San Martín donde están los ecografistas...con profesionales que están preparados para respetar ese derecho y no mostrar la pantalla del ecógrafo ni (hacer oír) los latidos...” (Entrevista 5, 2023). Otro miembro del equipo nos comenta que la población suele acudir con esta solicitud directamente a ventanilla y en general lo pide con desenvoltura (Entrevista 3, 2023). Consideramos muy positivo la llegada de algunas personas al efector con una actitud desenvuelta y firme al pedir una interrupción. A su vez, señalamos la importancia de que exista en cada efector un circuito de atención establecido y aceitado para garantizar la accesibilidad a la interrupción legal voluntaria del embarazo. Esto se observa tanto en la derivación al interior del efector como en el trabajo articulado con otras instituciones de la red de salud.

En las entrevistas en el Centro, al indagar acerca del acceso, emerge una situación particular: en algunas ocasiones, hubo pacientes que se han dirigido a efectores de segundo nivel para solicitar esta práctica (Entrevista 5, 2023). Dado que el pedido de

interrupción debe ingresar sí o sí por el primer nivel de atención, las personas son derivadas al Centro de Salud. Consideramos que esta política de acceso puede ser problemática en algunas circunstancias, constituyendo un posible obstáculo para la accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos. Si la persona que desea ejercer el derecho a la interrupción no puede solicitar la práctica en el segundo nivel, se ve afectada la accesibilidad. La red de salud municipal está organizada a partir de la estrategia de atención primaria, y por este motivo las demandas de salud de la población deben ingresar por ese nivel. Sin embargo, este tipo de situaciones nos llevan a preguntarnos si no sería adecuado flexibilizar los criterios de acceso de las demandas que se chocan con las capacidades instaladas.

Otra cuestión relevada fue la atención de pacientes que solicitan más de una práctica de IVE en el Centro. De acuerdo a los relatos analizados, este tipo de situaciones son poco frecuentes (Entrevista 5, 2023). Consideramos de interés relevar la existencia de situaciones de IVE múltiple, puesto que durante el debate de la Ley 27.610 estaba el temor (o, mejor dicho, el prejuicio) de que la población utilizara la interrupción voluntaria como método anticonceptivo en vez de recurrir a los múltiples métodos contraceptivos disponibles de manera gratuita en el sistema de salud. Si bien entendemos que la muestra de análisis es pequeña y no podemos arribar a conclusiones generales por los límites de este trabajo de investigación, observamos a partir de los relatos relevados en un efector de salud pública que este temor pareciera, luego de la implementación de la Ley, infundado.

Vinculado a lo anterior, trabajamos en las entrevistas otro aspecto del acceso a la interrupción del embarazo: la implementación de consejería posaborto. Según lo que relata el equipo, en el momento en el que se ofrece IVE, se trabaja la anticoncepción posterior. Se considera que es esta la oportunidad más adecuada para trabajar el cuidado de la salud sexual y reproductiva con la paciente, y que es clave aprovechar la consulta por interrupción para ofrecer anticoncepción (Entrevista 4 y 5, 2023).

A partir de los relatos analizados, observamos cómo se implementa en el efector la estrategia de prevención con el objetivo de reducir las situaciones de IVE múltiple. Esta estrategia aparece también en el intercambio con la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género. Podemos analizar esta línea de trabajo desde distintas aristas: por un lado, partiendo de la lógica que busca limitar las oportunidades perdidas de atención, cuyo objetivo es aprovechar al máximo cada acercamiento de los sujetos al

sistema de salud. Así, adquiere sentido plenamente la estrategia de brindar anticoncepción al momento de acceder a una interrupción del embarazo, ya que pedir a la persona que vuelva en otra oportunidad implica el riesgo de perder el contacto. A su vez, consideramos que esta estrategia busca también reducir la cantidad de interrupciones que llegan al sistema de salud, línea inscripta en la lógica de las políticas de derechos sexuales y reproductivos, cuya estructura privilegia históricamente el acceso a métodos anticonceptivos reversibles y no abortivos. Creemos que la estrategia descrita se sostiene un poco en ambas lógicas, y se halla anclada en factores históricos analizados en el capítulo dedicado al contexto en el cual se construye el proceso de ampliación de los derechos sexuales y reproductivos.

Demanda de interrupción del embarazo

La demanda relacionada a interrupciones del embarazo es recibida por distintos profesionales del equipo de salud. Nos comentan que en general la llegada de estas solicitudes es más bien esporádica, pero hubo un leve aumento de las mismas recientemente (Entrevista 5, 2023). En el Centro de Salud analizado durante mucho tiempo hubo un solo profesional que garantizaba este tipo de prácticas. A partir del ingreso de nuevos profesionales al equipo por la jubilación de los anteriores, se amplió la cantidad de personas que las garantizan. Al analizar las entrevistas realizadas, advertimos que la demanda de interrupción puede llegar al equipo por medio de las diferentes personas que lo componen, motivo por el cual se vuelve crucial el trabajo articulado al interior del mismo (Entrevistas 3, 5 y 6, 2023).

En relación a la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, emerge en las entrevistas con el equipo una cuestión vinculada a la demanda. Entre los profesionales existía cierta expectativa respecto de un potencial aumento de la demanda luego de la sanción de la Ley 27.610; sin embargo, este incremento no ocurrió (Entrevistas 4 y 5, 2023). Nos explican desde el efector “...pensé que iba a ser mayor cantidad... para mí, fue menos de lo que se esperaba... Yo pensaba que una vez que eso se legalizara...veo que es menos o muy poco, lo cual para mí es bueno en el sentido de que no es tanto como pintaba, que iban a venir en avalancha a hacerse un aborto...ha sido mucho menos de lo que yo esperaba...” (Entrevista 4, 2023). Señalamos esta cuestión ya que es una idea que circuló con fuerza durante el debate de la Ley 27.610. En el discurso de ciertos actores que se oponían a su aprobación aparecía el argumento de un aumento de estas demandas a partir de la legalización, cosa que parece alejada de la realidad en el relato de los

profesionales de salud entrevistados. Cabe aclarar en este sentido que la muestra analizada es muy pequeña.

Insumos para garantizar interrupciones del embarazo

Uno de los temas indagados en las entrevistas fue la provisión de insumos para garantizar el acceso a interrupciones legales voluntarias del embarazo. Relevamos la cuestión de los insumos ya que constituyen un elemento clave de la capacidad técnica del Estado para implementar políticas públicas, y son un indicador central para analizar las condiciones de acceso a interrupción del embarazo en el nivel local.

Desde la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género de la Secretaría de Salud Pública, nos explican que los insumos llegan desde Nación, y se proveen en el marco de programas que tiene tanto la provincia como la municipalidad. A su vez, nos informan que reciben algunos insumos de laboratorios públicos, especialmente del LIF (laboratorio público del gobierno provincial). Los medicamentos destinados a interrupción son prioridad en los servicios de salud pública (Entrevista 2, 2023). Cabe resaltar la importancia de disponer de la medicación requerida para realizar interrupciones, y el avance que implica la producción de esta medicación en laboratorios públicos. Consideramos que esta política es crucial para garantizar la accesibilidad de la población a sus derechos sexuales y reproductivos, puesto que una dimensión fundamental de estos derechos es poner a disposición de la población los medios necesarios para tomar decisiones autónomas. Destacamos también la prioridad asignada a la medicación destinada a interrupciones, dato fundamental teniendo en cuenta el plazo máximo de 14 semanas de gestación que impone la Ley 27.610 para acceder a interrupciones voluntarias del embarazo.

Objeción de conciencia frente a la demanda de interrupción del embarazo

A lo largo de las entrevistas, surge otra cuestión relevante relacionada a la interrupción del embarazo: la objeción de conciencia. En el Centro de Salud analizado hay profesionales que objetan la práctica, pero no la obstaculizan. Frente a una demanda de interrupción del embarazo, al igual que ocurre con la objeción frente a la colocación de ciertos métodos anticonceptivos (DIU), aquellos profesionales que objetan esta práctica derivan a otros profesionales del efector que sí garantizan la realización de interrupciones. Durante muchos años en el Centro de Salud “Henry Dunant” hubo un solo profesional que garantizaba el acceso a Interrupciones Legales del Embarazo. Esta situación se

modifica a partir del recambio producido al interior del equipo luego de las sucesivas jubilaciones de profesionales y el ingreso de nuevos trabajadores (Entrevista 5, 2023).

Destacamos en este sentido la importancia de construir consensos e implementar estrategias al interior de los equipos para sostener la accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención de la salud. Un aspecto fundamental de la construcción de accesibilidad es que se garanticen las condiciones para la misma desde los efectores de Atención Primaria, servicio de salud que se halla más próximo a los territorios que habita la población y nivel establecido como punto de entrada de las demandas por la estrategia de atención primaria implementada desde la Secretaría de Salud Pública municipal.

En relación a lo anterior, relevamos a partir de las diferentes entrevistas que existen algunas diferencias de criterio dentro del equipo respecto de la implementación de IVE/ILE (Entrevistas 1 y 5, 2023). Destacamos nuevamente la importancia de la estrategia de derivación que implementan los profesionales objetores y la centralidad que adquiere la construcción de consensos en los equipos, en el marco de las reuniones, donde se establecen líneas de trabajo para sostener la garantía de acceso a los derechos sexuales y reproductivos, más allá de las posturas personales de los distintos miembros del equipo.

Para cerrar este apartado sobre las condiciones de acceso a la interrupción del embarazo en la red de salud pública municipal, apuntamos algunas conclusiones parciales. En primer lugar, en el Centro de Salud analizado, si bien se garantiza el acceso a estas prácticas, es notoria la existencia de diferentes posicionamientos a nivel del equipo. Observamos la presencia de algunos profesionales que intervienen de manera directa en la práctica y se posicionan claramente a favor de su realización. A su vez, otros miembros del equipo manifiestan cierto malestar e incluso se declaran objetores de conciencia frente a esta práctica, pero garantizan el acceso a este derecho derivando a otro profesional del Centro. En segundo lugar, aparece la insistencia de algunos profesionales en la importancia de la educación sexual y el acceso a anticoncepción para evitar la interrupción del embarazo, pero se observan pocas actividades desde el efector dirigidas a la comunidad en línea con un accionar preventivo. Ubicamos aquí una posible dificultad, sobre todo en la llegada de la población joven al efector, y recalamos el potencial del Centro para realizar, en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud en la cual se inscribe, actividades de difusión con el objetivo de informar a la población.

4.3.3 – Capacidades estatales y garantía de acceso a derechos sexuales y reproductivos en el nivel local

En los párrafos siguientes analizaremos el rol de las capacidades estatales en la garantía del acceso a los servicios de salud relacionados a la anticoncepción y a la interrupción del embarazo en el nivel local. Recuperamos para el desarrollo del análisis los relatos de los profesionales entrevistados. Si bien entendemos que las capacidades estatales no se limitan a las capacidades administrativas (es decir, del aparato burocrático), y que es necesario complementar esas capacidades con las relacionales o políticas para llevar adelante políticas públicas que afectan intereses sectoriales, centraremos nuestra mirada en cuestiones asociadas a las capacidades técnicas del Estado.

Equipo del Centro de Salud “Henry Dunant”

En primer lugar, analizamos el desempeño del equipo del efector analizado, entendiendo que los recursos humanos son un aspecto esencial de las capacidades técnicas estatales. En el acceso a los derechos sexuales y reproductivos el equipo juega un rol importantísimo, ya que permite al paciente acceder a los servicios de salud. Esto aplica tanto a los profesionales como a los trabajadores administrativos. En el Centro de Salud nos explican que en los últimos dos años ingresó personal nuevo que permitió ampliar el acceso a estos derechos (Entrevista 5, 2023). Destacamos en este sentido la importancia de contar con personal calificado suficiente para responder a la demanda, así como la necesidad de construir consensos al interior de los equipos para evitar la aparición de barreras en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

Otra cuestión relevada en relación al desempeño del equipo, fue cómo se resolvían las diferencias de criterio al interior del mismo para reducir posibles obstáculos a la accesibilidad de los derechos sexuales y reproductivos. Aquí observamos diferencias en los relatos: algunos miembros del equipo consideran que no hay grandes diferencias entre los distintos profesionales (Entrevista 5, 2023), mientras otros afirman que “...*los equipos son heterogéneos, hay personas formadas hace más tiempo, menos tiempo, con distintas trayectorias...si una niña de menos de dieciocho tiene que venir acompañada a una consulta por anticoncepción, por ejemplo...si no viene acompañada, (una profesional) no la quiere atender... es una mala praxis no asistirle, no acompañar esta consulta, y se da...hay cuestiones que son para trabajar entre todos en la reunión de equipo y hay cosas que por ahí es más estratégico ir armándolo más chiquitito...*” (Entrevista 1, 2023). Estas

diferencias de criterio se explican en parte por la llegada de nuevos profesionales al Centro, que empiezan a poner preguntas a cuestiones que estaban en cierta medida institucionalizadas. La llegada de nuevas voces al equipo fue una temática recurrente en todas las entrevistas realizadas a trabajadores del Centro de Salud; este hecho marca un cambio en la modalidad de trabajo del efector en relación a los derechos sexuales y reproductivos. De acuerdo a lo que pudimos relevar en los intercambios, quienes se incorporan de manera reciente al equipo suelen tener una actitud de mayor apertura respecto de la garantía de todos los métodos anticonceptivos disponibles y de interrupciones del embarazo (Entrevista 5, 2023). Si apelamos al acervo conceptual desarrollado en capítulos anteriores, entendemos el ingreso de personal con mayor predisposición a alojar este tipo de consultas como un elemento que puede potenciar la capacidad del Estado para garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, facilitando la accesibilidad desde la lógica de las capacidades estatales.

Capacitación del personal de los servicios de salud

Al desarrollar la temática de las capacidades estatales, mencionamos que la capacitación de los recursos humanos constituye un aspecto clave. En relación a este tema, desde la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género nos explican que “...*hay en salud pública todo un recorrido antes de la Ley...hay capacitaciones que se fueron haciendo desde las militancias, desde salud pública... hay organizaciones que ofrecen capacitaciones gratuitas en donde el que tenga interés por la temática lo hace en forma independiente... en la facultad de Medicina hay una materia de opción...si vos salís con esa perspectiva sabes los derechos, porque esto es saber derechos, no es que tenemos que capacitar en algún procedimiento técnico...esto es una capacitación de escucha, de derechos...*” (Entrevista 2, 2023). Destaca el peso asignado a la historia de acceso a los derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud pública municipales como garantía de capacitación del personal, entendiendo que la inserción de los trabajadores en espacios donde se ha garantizado acceso a interrupciones históricamente es elemento suficiente en este sentido. Desde los relatos relevados en el Centro de Salud, observamos también la importancia de los recursos puestos a disposición por parte del gobierno nacional, en términos de capacitaciones para el personal a cargo de la implementación de políticas públicas.

Respecto de la capacitación del personal surge otra cuestión relevante a partir del análisis de las entrevistas: cierta falta de capacitación de algunos miembros del equipo sobre la

temática de los derechos sexuales y reproductivos. Aparece, por un lado, la no obligatoriedad de las capacitaciones en esta temática (Entrevista 3, 2023), lo cual implica que a veces el personal opte por no hacerlas. Por otra parte, surge una situación particular ocurrida con una persona que empezó a trabajar recientemente en la institución, quien no sabía lo que era una IVE y al ser consultado por una paciente para pedir un turno, no entendía de qué le hablaban (Entrevista 1, 2023). Señalamos a partir de estas situaciones relevadas la importancia de brindar herramientas de capacitación básica en derechos sexuales y reproductivos que sean de carácter obligatorio para el personal de los servicios de salud, con el objetivo de robustecer la capacidad del aparato burocrático para dar respuesta a estas demandas.

Reconocemos la importancia de la construcción de consensos históricos en las instituciones y el gran trabajo desplegado desde los efectores de salud pública municipales para garantizar el acceso a derechos sexuales y reproductivos, así como también el avance que significa disponer de capacitaciones gratuitas y virtuales desde el gobierno nacional. Sin embargo, consideramos que aún queda trabajo por hacer en términos de capacitación del personal sobre la temática estudiada.

Protocolos de atención

En relación a las capacidades técnicas del Estado para garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención de salud, indagamos acerca de los protocolos de atención. Desde la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género nos comentan que no existen protocolos diseñados desde la Secretaría de Salud Pública ya que se trabaja en general adaptando los protocolos diseñados por el Ministerio de Salud de la Nación a la realidad local. En este intercambio nos explican también cómo se da la implementación de directivas en los servicios de salud, acciones que se realizan desde las direcciones de los servicios en caso de observar alguna dificultad (Entrevista 2, 2023). Esta postura se funda en un trabajo que ya se venía haciendo desde los efectores municipales en relación a la accesibilidad en interrupciones del embarazo. Como ampliamos en el capítulo destinado a los antecedentes históricos, la ciudad de Rosario se caracteriza por una larga historia de ampliación de derechos sexuales y reproductivos y por garantizar desde hace décadas interrupciones legales del embarazo en el marco de servicios de salud pública municipales.

Consultamos también respecto a los protocolos de atención al equipo del Centro de Salud analizado, cuya lectura coincide con lo expuesto por la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género (Entrevista 5, 2023), al explicarnos que no hay protocolos diseñados desde el gobierno municipal. Señalamos la importancia que adquiere a tal respecto contar con protocolos nacionales de atención, documento que contribuye al establecimiento de capacidades estatales cruciales en la garantía de accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, observamos en las entrevistas la importancia de la construcción de capacidades estatales en términos de ampliación del marco normativo para respaldar la labor de quienes implementan políticas públicas. Esto emerge con claridad respecto de la sanción de la Ley 27.610, que brinda un marco de trabajo a aquellos servicios que ya venían garantizando interrupciones (Entrevista 2, 2023). Se aprecia aquí la importancia de generar sinergia entre todos los componentes de las capacidades estatales al momento de implementar una política pública.

Capacidades estatales y accesibilidad

Un componente clave de las capacidades estatales en relación a los derechos sexuales y reproductivos son los arreglos institucionales y la estructura burocrática en la garantía de accesibilidad a estos derechos. Este componente incluye los medios que deben ser puestos a disposición de la población para garantizar la toma de decisiones autónomas de los sujetos en este aspecto de su vida.

En este sentido, desde la coordinación del Área de la Mujer, Salud, Diversidad y Género de la Secretaría de Salud Pública nos explican que, a partir de la sanción de la Ley 27.610, tienen un plazo de 10 días para resolver un pedido de interrupción del embarazo. A su vez, nos comentan acerca de la forma en que se gestiona el ingreso de estas demandas. Estas ingresan a través de los efectores de primer nivel; incluso si una persona se acerca a un Hospital, se le indica que vaya al Centro de Salud más cercano a su domicilio. Los efectores de segundo nivel reciben pacientes derivados desde los centros de atención primaria que necesitan o desean realizarse algún procedimiento que no puede ser ejecutado en el primer nivel (Entrevista 2, 2023). A partir de este intercambio relevamos una breve descripción del circuito de acceso establecido a nivel sistema de salud, que canaliza el ingreso de estas demandas exclusivamente a través de Atención Primaria. Se observa un rasgo característico del sistema de salud estudiado: el trabajo articulado entre

efectores de distinto nivel. Consideramos esto como un componente imprescindible de la capacidad estatal puesta en juego en la implementación de la política de salud pública. Destacamos, por último, la importancia en términos de capacidad institucional de contar con la Ley 27.610, así como con las demás normativas recortadas en el primer capítulo de este trabajo, ya que respaldan el accionar del Estado en todos sus niveles en relación a los derechos sexuales y reproductivos.

Desafíos para los derechos sexuales y reproductivos

En relación a las capacidades estatales, indagamos acerca de los desafíos que enfrentan los efectores de salud respecto de los derechos sexuales y reproductivos. Recuperamos la reflexión de la dirección del Centro de Salud analizado: “...*que no haya absolutamente ningún tipo de barreras... Que la administrativa diga - Sí, el doctor enseguida te va a ver para esto - ... que la gente se anime a venir a pedir interrupciones, porque si bien no hay una barrera grande, por ahí la gente o no sabe, o tiene miedo, o porque es del barrio dice - Se van a enterar todos...- Que no haya ningún tipo de barreras en ningún sentido sería un desafío...que el barrio tenga confianza de venir...*” (Entrevista 5, 2023). Observamos en este fragmento el avance producido en la ampliación del acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud municipal. Sin embargo, coincidimos con esta lectura ya que creemos que todavía falta trabajo por hacer. Consideramos que desde la red de salud municipal es mucho lo que se logró en las últimas décadas y lo que se hace cotidianamente en los diferentes servicios que la componen. Al mismo tiempo, creemos que quedan cuestiones en las que se puede seguir trabajando, tales como la implementación de circuitos de acceso que permitan el ingreso de estas demandas por cualquier efector de cualquier nivel de la red de salud. Entendemos que estos desafíos se encuadran en el ámbito de las capacidades estatales; es necesario trabajar sobre algunos componentes de estas capacidades para reducir al máximo la posible existencia de barreras que obstaculicen el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud municipal.

Para cerrar este apartado dedicado al análisis de las capacidades estatales y su rol en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, queremos señalar algunas cuestiones. En primer lugar, resaltamos la importancia de la capacitación de todos los miembros de los servicios de salud para asegurar la garantía del acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Reconocemos el valor de la historia de los efectores en relación a esta temática, pero señalamos la necesidad de contar con trabajadores que estén preparados

para recibir demandas de esta índole en los servicios de salud pública. En segundo lugar, recuperamos los cambios producidos al interior del equipo del Centro a partir de la llegada de nuevos profesionales, entendiendo que esta dinámica puede constituir un factor que fortalezca las capacidades estatales en la garantía de los derechos estudiados. Consideramos al equipo de salud de este efector y de los demás centros de atención primaria una pieza clave del acceso a los derechos sexuales y reproductivos en términos de capacidades estatales. En tercer lugar, destacamos la importancia de la existencia de protocolos a nivel nacional tanto de atención orientada a anticoncepción como a interrupción del embarazo. Estos componentes de la capacidad técnica del Estado juegan un rol central en el sistema de salud municipal, ya que constituyen los lineamientos generales a partir de los cuales se moldea la atención en los distintos servicios de salud.

4.3.4 – Rol del trabajador social en la garantía del acceso a derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención de la salud

A partir de la información relevada en las entrevistas realizadas, presentamos el papel que desempeña el profesional de Trabajo Social en la garantía del acceso a la anticoncepción y a la interrupción del embarazo en el primer nivel de atención de la salud.

Llegada de Trabajo Social al Centro de Salud “Henry Dunant”

En primer lugar, recuperamos la llegada reciente de la profesional de Trabajo Social a este Centro de Salud. Este efector nunca había tenido trabajador social y en el 2021 se suma por primera vez una profesional de esta disciplina (Entrevista 1 y 6, 2023). La llegada de esta profesional coincide con el cambio producido al interior del equipo a partir de las sucesivas jubilaciones de miembros anteriores. Proceso que trae nuevas miradas a la institución y permite enriquecer líneas de trabajo que ya estaban relativamente instaladas, especialmente en el tema que nos ocupa en este trabajo de investigación.

Recuperamos de la entrevista con la trabajadora social su visión sobre Atención Primaria de la Salud, ya que consideramos que la misma atraviesa su intervención profesional, definiendo el posicionamiento desde el cual se sitúa para intervenir en situaciones relacionadas a derechos sexuales y reproductivos. Según esta profesional, APS *“...te da esta posibilidad de ir construyendo en un tiempo diferente y de pensar procesos, intervenciones puntuales, pero, al mismo tiempo, pueden pasar un par de años, y esa persona vuelve y hay algo que se retoma, que continúa... hay algo de la propuesta de atención primaria que hace que muchas veces también entendamos que tiene que pasar*

por acá...la presencia estatal en los territorios, en esa cantidad de tiempo por día y con esa cantidad de recursos humanos, de las que hoy disponen los centros de salud, más que la escuela, no hay otro...” (Entrevista 1, 2023). Retomando lo propuesto en las líneas conceptuales, nos parece interesante la idea de proceso de “ida y vuelta” a lo largo de los años con las personas, que permite a los equipos tener un amplio conocimiento de las condiciones en las que vive la población de referencia. Esto aparece también en las entrevistas de los demás profesionales, quienes mencionan permanentemente a la población en sus discursos como un actor relevante en su proceso de trabajo. Esta lectura está plenamente en línea con la propuesta conceptual de Atención Primaria de la Salud que recuperamos en capítulos anteriores, enfoque que considera a la población como protagonista del proceso de trabajo.

Surgen también de la entrevista con la trabajadora social dos características de su intervención en el Centro de Salud: el trabajo articulado con otras instituciones de la red de salud municipal y su forma de habitar el espacio del Trabajo Social en la institución. Respecto de la articulación con otras instituciones, es este un aspecto fundamental de la lógica de APS, ya que la misma se entiende como una estrategia de atención de la salud desplegada en varios niveles. Aparece el trabajo con otras instituciones de segundo nivel de salud, como la Maternidad Martín, y con instituciones del barrio, tales como las escuelas y organizaciones barriales, actores que también son contemplados en la lógica de APS. En relación a la manera de habitar el espacio del Trabajo Social en la institución, la profesional nos comenta que no tiene un lugar físico fijo (situación habitual de la profesión en los Centros de Salud). Pero ha establecido un día fijo a la mañana y otro día fijo a la tarde, en los cuales dispone de un espacio físico con una computadora, con el objetivo de que cualquier persona que quiera consultarla pueda ubicarla fácilmente en el efector en esos días y en esos horarios (Entrevista 1, 2023).

En la entrevista relevamos también la construcción del espacio del Trabajo Social en un Centro de Salud que nunca había contado con este profesional en su equipo, armando este espacio desde la propia intervención de la profesional. Surge así la posibilidad de incorporar población al Centro de Salud a partir de la consulta solicitando intervención de Trabajo Social, sin esperar la derivación de otro profesional del equipo. En este sentido, destacamos el proceso de construcción del espacio de Trabajo Social desarrollado por la profesional entrevistada y consideramos que se ajusta a la lógica de atención propuesta en la línea conceptual de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Demanda relacionada a derechos sexuales y reproductivos

Para analizar la intervención del Trabajo Social en situaciones relacionadas a derechos sexuales y reproductivos, recuperamos los aportes trabajados en el capítulo 2. Siguiendo a Cazzaniga, consideramos que una dimensión fundamental del proceso de intervención profesional es la demanda, ya que a partir de la misma se pone en acto la intervención profesional. La trabajadora social del efector estudiado nos explica que la demanda relacionada a derechos sexuales y reproductivos muestra características particulares: una parte de la población lo entiende como un derecho y reclama el acceso, especialmente la población joven, mientras otra parte de la población no (Entrevista 1, 2023). Aquí observamos cierta tensión en la demanda de la población en relación a sus derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, recuperamos otra de las dimensiones propuestas por Cazzaniga en su lectura de la intervención profesional: la intervención como proceso artificial. Es necesario comprender la demanda y reconocer las consecuencias que puede tener nuestra intervención, entre ellas, la construcción o negación de autonomía de los sujetos con los que trabajamos. Consideramos que, en relación a estas categorías, la visión de la trabajadora social sobre su intervención en situaciones relacionadas a Derechos Sexuales y Reproductivos está orientada a la construcción de autonomía de la población referenciada en el Centro de Salud. A su vez, aparece la dificultad de lograr instalar en la población que se acerca al Centro la noción del acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva como el ejercicio de derechos que les corresponden en términos de derechos humanos esenciales.

Intervención del Trabajo Social en derechos sexuales y reproductivos

En relación a la intervención profesional del Trabajo Social en situaciones relacionadas con derechos sexuales y reproductivos, la profesional entrevistada explica que en ese Centro de Salud su intervención suele ser requerida cuando hay alguna cuestión que tensiona o pone en jaque la posibilidad de acceso. Observamos la intervención del Trabajo Social en situaciones que presentan cierta complejidad o que no fluyen por los canales habituales de atención. Y la figura del trabajador social destrabando situaciones que pueden afectar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, ya sea por cuestiones relacionadas a la persona que demanda o al entramado institucional (Entrevista 1, 2023). Por otra parte, la entrevistada señala el aporte del Trabajo Social en la tarea de prevención, instalando cuestiones relacionadas al cuidado, entendiendo que, al ser parte de un efector

de atención primaria de la salud, esto también forma parte de su intervención (Entrevista 1, 2023).

Para cerrar este apartado, recuperamos algunas reflexiones de la trabajadora social entrevistada: “... *la intervención es en clave de garantizar derechos, de favorecer ciudadanía, de pensar al otro, a la otra como un sujeto con decisión. A veces tiene que ver con aportar información para que la persona tome decisiones con más herramientas...hay algo en nuestra formación que es como algo dado para el Trabajo Social, esto de pensar que la intervención siempre es con otros y con otras... nosotros desde Trabajo Social nos caracterizamos de algún modo por esto de preguntar, volver a pensar, argumentar, por qué, de qué manera... Poner en tensión ciertas cuestiones...*” (Entrevista 1, 2023). Creemos que el rol del Trabajo Social en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en el primer nivel de atención de la salud tiene mucho que ver con esta reflexión. No solo intervenimos para destrabar situaciones que no fluyen por los circuitos normales de atención con el objetivo de garantizar derechos. Consideramos, junto a Carballeda, que nuestra intervención puede también problematizar lo dado, tanto a nivel del equipo de salud, como de la población que se acerca con esta demanda, para construir otras prácticas en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

En este capítulo presentamos los datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas y la información estadística brindada por la Secretaría de Salud Pública. Apelamos a las líneas teóricas trabajadas en el capítulo 2 para comprender los datos relevados en el marco del proceso de investigación. Y recuperamos algunos antecedentes históricos trabajados en el capítulo 1 para comprender la información obtenida. Nuestro objetivo en esta sección fue analizar los datos obtenidos para intentar responder a los objetivos específicos propuestos al principio de este escrito. Fueron ellos la guía para la redacción de esta sección del trabajo.

A continuación, se presentan las conclusiones generales de este trabajo de investigación. Este ensayo solo intenta describir las condiciones de acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública municipal; a lo largo del proceso de investigación fuimos encontrando otras líneas posibles de estudio que no fueron profundizadas dado el alcance acotado de este trabajo, pero que constituyen áreas cruciales de estudio para comprender el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

5. REFLEXIONES FINALES

Para cerrar este trabajo de investigación, sintetizamos algunas ideas que surgieron durante el proceso de construcción de este escrito.

A lo largo de las páginas anteriores, presentamos información y datos que nos permitieron dar cuenta de las condiciones de acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la red de salud pública municipal de la ciudad de Rosario. Hablamos sobre acceso a anticoncepción, acceso a interrupción del embarazo, sobre las capacidades del Estado para sostener las condiciones de accesibilidad y del rol del Trabajo Social en situaciones relacionadas a derechos sexuales y reproductivos.

En relación al acceso a métodos anticonceptivos, que constituye el primer objetivo específico propuesto en este trabajo, observamos en primer lugar las dificultades para lograr que llegue la población más joven al efector. En segundo lugar, relevamos como obstáculo potencial para el acceso a anticoncepción la falta de insumos, aunque la misma es caracterizada por los profesionales como transitoria. En tercer lugar, señalamos como dato de interés la objeción de conciencia. En el caso particular del efector analizado, si bien hay profesionales que objetan ciertas prácticas anticonceptivas, se garantiza el acceso a este derecho por medio de la derivación a otros profesionales del equipo. A partir de estos hallazgos, realizamos una serie de sugerencias. Recomendamos aprovechar la ubicación estratégica del Centro de Salud en una plaza, desarrollando actividades que convoquen a gente joven. Sugerimos también continuar el proceso de ampliación de métodos anticonceptivos disponibles en todos los efectores de salud, prestando particular atención a las posibles faltas que puedan ocurrir en los servicios; en el acceso a derechos sexuales y reproductivos es clave evitar aquellas situaciones que puedan convertirse en una oportunidad de atención perdida. Y, finalmente, recomendamos fortalecer en todos los servicios de salud las estrategias de construcción de consensos con los equipos para sostener el acceso a todos los métodos anticonceptivos disponibles, respetando las creencias personales de los trabajadores de estas instituciones.

Respecto de la interrupción del embarazo, segundo objetivo específico de investigación, hallamos en el Centro de Salud analizado que, si bien se garantiza el acceso a estas prácticas, existen diferentes posicionamientos a nivel del equipo. Observamos algunos profesionales que se posicionan claramente a favor de su realización, mientras otros

miembros del equipo no están tan de acuerdo con esta práctica, pero garantizan el acceso a este derecho derivando a otro profesional del Centro. Otro hallazgo interesante en relación a la interrupción del embarazo es la canalización del ingreso de estas demandas por el primer nivel de atención. Sobre este punto recomendamos, al igual que en el objetivo anterior, fortalecer el trabajo con los equipos para construir y sostener consensos que permitan garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. A su vez, si bien entendemos que la Red de Salud Pública municipal está organizada desde la lógica de Atención Primaria de la Salud, creemos recomendable la flexibilización del criterio de acceso para evitar posibles situaciones de expulsión de las personas. Si alguien concurre a un efector de segundo nivel a solicitar una interrupción, tal vez exista algún motivo por el cual no acudió a su Centro de Salud; devolverla al primer nivel puede implicar el riesgo de obstaculizar el acceso de esa persona a una IVE o ILE.

El tercer objetivo específico abordado son las capacidades estatales puestas en juego para sostener el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, observamos como hallazgo relevante la posibilidad de contar con insumos para garantizar tanto anticoncepción como interrupciones. La producción pública de medicamentos, así como la disponibilidad de una amplia variedad de métodos en cada efector de la red es clave para sostener la accesibilidad de los derechos sexuales y reproductivos. Señalamos la importancia de que existan laboratorios estatales donde se produzcan los medicamentos requeridos para estos procedimientos, lo cual constituye un gran avance para ampliar el acceso a la salud sexual y reproductiva de la población. También señalamos como hallazgo positivo de nuestro trabajo de investigación la presencia de recursos humanos en efectores públicos dispuestos a garantizar derechos sexuales y reproductivos. Esto lo observamos no sólo en el Centro de Salud analizado, sino también en servicios de segundo nivel donde se crean equipos especialmente para este fin. La presencia de profesionales capacitados y dispuestos a garantizar estos derechos es un elemento clave de las capacidades estatales necesarias para sostener el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. A partir de las entrevistas realizadas, sin embargo, observamos que la capacitación de quienes trabajan en los servicios de salud depende de la predisposición de cada trabajador. Consideramos que los recursos humanos son clave para garantizar accesibilidad en esta temática, y si no están debidamente capacitados todos los trabajadores de estos servicios pueden llegar a obstaculizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, incluso sin intención de hacerlo. Como recomendación

señalamos el fortalecimiento de la capacitación relacionada a derechos sexuales y reproductivos de todas las personas que se desempeñan en efectores de salud.

Otra cuestión analizada fue la intervención del Trabajo Social en situaciones relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos. Observamos que la intervención de la profesional entrevistada apunta a garantizar derechos y se encuentra en línea con los postulados de Atención Primaria de la Salud. A su vez, a partir de los datos relevados en las entrevistas, consideramos que la llegada del Trabajo Social al efector analizado implicó también plantear preguntas, construir interrogantes al interior del equipo, indagar acerca de la manera en que llega esta demanda al Centro de Salud. Consideramos que es parte de nuestra función introducir algunas tensiones en la forma en la que viene trabajando una institución; nuestra labor no se limita a atender la demanda que llega a los efectores, aunque entendamos a la misma como el punto de partida de la intervención profesional. Contamos en nuestra formación con elementos suficientes para instalar preguntas sobre lo establecido, abrir nuevos horizontes de trabajo en aquellos espacios donde nos desempeñamos, con el objetivo de construir mejores condiciones de acceso a los derechos para la población que acude a estas instituciones buscando respuestas a sus necesidades. Recomendamos en este sentido profundizar la introducción de preguntas e interrogantes que permitan examinar la forma en la que se viene abordando en la institución la problemática estudiada. Y delinear algunas líneas de intervención posibles con la población para estimular no solo una mayor llegada de demanda al efector, sino también una mayor apropiación de estos derechos esenciales por parte de las personas.

A partir de los datos recolectados y del análisis sobre la información obtenida, podemos concluir que hubo grandes avances en relación al acceso a derechos sexuales y reproductivos en los efectores de la red de salud pública municipal. Sin embargo, consideramos que todavía hay aspectos a mejorar. En relación a los avances, destacamos la sanción de la Ley nacional 27.610, que legaliza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana catorce de gestación. Esta ley es señalada por los profesionales entrevistados como un respaldo para el trabajo que ya se venía realizando a nivel municipal: si bien Rosario cuenta con una tradición de garantía de acceso a interrupciones desde antes de la sanción de la ley, esta herramienta normativa brinda a los profesionales marco legal y seguridad para garantizar estos derechos sin temor a sufrir consecuencias legales. Respecto de los desafíos pendientes en esta área, consideramos que aún queda trabajo por hacer respecto al acercamiento a la población, especialmente

la más joven. Si bien a partir de los datos cuantitativos se observa una gran cantidad de población joven que acude a los servicios de salud municipales, de las entrevistas realizadas se desprende que todavía cuesta acercarse a los más jóvenes. Esta cuestión aparece problematizada en el discurso de los profesionales del Centro de Salud “Henry Dunant”, quienes se muestran preocupados por la falta de educación sexual y de apropiación de estos derechos en las personas de menos edad. Sin embargo, situándonos desde la lógica de Atención Primaria en la que se encuadra el efector analizado y la visión que sostenemos sobre la necesidad de construir la demanda, creemos que se pueden potenciar más acciones de prevención y promoción de derechos. Observamos algunas oportunidades perdidas, como el poco uso de redes sociales para difundir información sobre el tema o la falta de aprovechamiento de la ubicación estratégica del Centro de Salud analizado, elementos con mucho potencial para lograr el acercamiento a esta población. Si bien entendemos que los servicios de salud no pueden reemplazar la labor de las instituciones educativas, familias y organizaciones sociales en relación a la difusión de los derechos sexuales y reproductivos, creemos que hay potencial para fortalecer la apropiación de estos derechos por parte de los jóvenes desde los efectores de salud, especialmente en el primer nivel, que permanece sin explotar.

Del análisis realizado señalamos a su vez otras dos cuestiones. Por un lado, el complejo proceso para conseguir datos en la Secretaría de Salud Pública. Tuvimos que realizar un largo recorrido para obtener los datos estadísticos solicitados, y nos sorprende la cantidad de requisitos exigidos para brindar información que debería ser pública. Recomendamos mejorar el procedimiento de acceso a datos públicos de esta repartición, así como fomentar la publicación de datos al público en general para demostrar con información estadística la labor realizada por el sistema de salud. Consideramos muy importante visibilizar este trabajo en una coyuntura como la actual, donde lo público es atacado por parte de actores que afirman la ineficiencia de estos servicios y pregonan la necesidad de desmontarlos, siendo los mismos un factor clave para garantizar el acceso a derechos sexuales y reproductivos a toda la población. Por otro lado, señalamos la importancia de la estrategia de derivación al interior de los servicios de salud por parte de aquellos profesionales que son objetores de conciencia. Destacamos esta estrategia como recurso implementado al interior de los servicios de salud para sostener la garantía de acceso a los derechos sexuales y reproductivos, respetando las creencias personales de quienes trabajan allí.

Para finalizar estas conclusiones, resaltamos la experiencia histórica de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario en la garantía del acceso a estos derechos, tanto en relación a anticoncepción como la interrupción del embarazo. Esto se refleja en los datos relevados y en el discurso de la mayoría de los profesionales entrevistados. Los datos estadísticos demuestran que con la sanción de la Ley de IVE no hubo grandes modificaciones en el acceso; consideramos que esto se explica, en parte, por la labor que ya se venía haciendo desde los servicios para garantizar ese derecho. Sin embargo, consideramos crucial seguir trabajando en lo que falta: fortalecer la capacitación del personal, garantizar la disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos en los efectores de salud, y potenciar las estrategias de prevención y promoción desde el primer nivel de atención.

En una nota más personal, este trabajo constituye el cierre de nuestra formación universitaria y nos complace creer que aprovechamos esta oportunidad para aportar desde la universidad pública a la visibilización de la labor de los servicios de salud estatales. Este proceso abre numerosas líneas posibles de investigación, que no pudimos profundizar por falta de recursos y tiempo, pero representan enormes posibilidades para ampliar el aporte de nuestra disciplina al campo de los derechos sexuales y reproductivos.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alanis, M., Romero, M. y Bianco, M. (2009). *CAIRO+15: Informe de ONGS de Mujeres sobre la Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. CEDES. Recuperado de: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4172>
- Andrenacci, Luciano y Soldano, Daniela (2006). “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. En L. Andrenacci (Comp.), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea* (17-80). Buenos Aires, Argentina, Prometeo.
- Anzorena, Claudia y Zurbriggen, Ruth (2013). “Trazos de una experiencia de articulación federal y plural por la autonomía de las mujeres: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en Argentina”. En R. Zurbriggen y C. Anzorena. (Comp.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible* (17-38). Buenos Aires, Argentina, Herramienta.
- Arias, Ana y Sierra, Noelia (2019). La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. *Revista Margen* (92). Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen92/arias-92.pdf>
- Azcuénaga (Rosario) (23 de octubre de 2022). *Wikipedia*. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Azcu%C3%A9naga_\(Rosario\)&oldid=148682472](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Azcu%C3%A9naga_(Rosario)&oldid=148682472)
- Báscolo, Ernesto y Yavich, Natalia (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Salud Pública*, 12 (1), 89-104. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700007>
- Bertranou, Julián (2015). Capacidad estatal: Revisión del concepto y algunos ejes de análisis y debate. *Estado y Políticas Públicas*, (4), 37-59.
- Buchara, Arlen (1 de febrero de 2018). Rosario dio cátedra sobre el aborto desde la UNR. *El Ciudadano*. Recuperado de: <https://www.elciudadanoweb.com/rosario-dio-catedra-sobre-el-aborto-desde-la-unr/>

- Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (8 de agosto de 2019). #LaClandestinidadNoSeFesteja. *Facebook de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito*. Recuperado de: https://www.facebook.com/CampAbortoLegal/posts/laclandestinidadnosefesteja-lmr-una-joven-con-discapacidad-mental-cuyo-embarazo-/2864740496891237/?locale=es_LA
- Campeis, Flavia y Tomasin, Jorgelina (28 de septiembre de 2022). Esta es la historia de los pañuelos verdes. *Indómita*. Recuperado de: <https://indomita.media/panuelos-verdes-historia/>
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel (2008). *Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- Cazzaniga, S. (2006). Intervención social e intervención profesional. *Ficha de cátedra. Ciclo de complementación curricular. Biblioteca de la Facultad de Trabajo Social. UNER*.
- Cazzaniga, Susana (2007). *Hilos y nudos*. Buenos Aires, Argentina, Espacio.
- Cetrángolo, Oscar y Devoto, Florencia (2002). Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. *Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health*. Toronto, Canadá, CEPAL.
- Colectivo “NiUnaMenos” (3 de junio de 2017). Carta Orgánica. *NiUnaMenos*. Recuperado de: <https://niunamenos.org.ar/quienes-somos/carta-organica/>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología (Universidad de Buenos Aires)*, 14, 201-209.
- Completa, Enzo (2017). Capacidad estatal: ¿qué tipo de capacidades y para qué tipo de Estado? *POSTDATA*, 22 (1), 111-140.

- Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (2013). Montevideo, Uruguay, Comisión Económica para América Latina.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (1979). Nueva York, Estados Unidos. Organización de las Naciones Unidas.
- Corte Suprema de la Justicia de la Nación (13 de marzo de 2012). La Corte Suprema precisó el alcance del aborto no punible y dijo que estos casos no deben ser judicializados. *Centro de Información Judicial*. Recuperado de: <https://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>
- Dalle, P., Boniolo, P., Sautu, R. y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires, Argentina, CLACSO.
- Decreto N° 987 – Reglamentación de la Ley 12.323 de Anticoncepción Quirúrgica (2005). Santa Fe, Argentina. Legislatura de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: <https://ar.vlex.com/vid/decreto-987-2005-350975202>
- Decreto N° 2.442 - Reglamentación de la Ley 11.888 de Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (2002). Santa Fe, Argentina. Legislatura de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/normativa/item.php?id=85108&cod=4043b1e221edca2f1752a258d5fbfe0b>
- Decreto N° 3.009 – Modificación del decreto 2.442/2002, Reglamentario de la Ley 11.888 de Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (2002). Santa Fe, Argentina. Legislatura de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/normativa/item.php?id=85675&cod=e73b9aa1547cedff1a8a04cc9fa96ddc>
- Decreto N° 26.865 – Incorporación de la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto aprobada por la Resolución 989/05 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2005). Rosario, Argentina, Honorable Concejo Municipal. Recuperado de:

<https://www.rosario.gob.ar/normativa/ver/visualExterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=39946>

- Dezorzi, Silvina (22 de octubre de 2002). La Iglesia Católica "se coló" en el Programa de Salud Reproductiva. *La Capital*. Recuperado de: https://archivo.lacapital.com.ar/2002/10/22/articulo_0.html

- Dinerstein, Ana Cecilia (6 de mayo de 2021). La creciente marea verde: la lucha por la justicia reproductiva en Argentina. *CLACSO. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*. Recuperado de: <https://www.clacso.org/la-creciente-marea-verde-la-lucha-por-la-justicia-reproductiva-en-argentina/>

- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2019). Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud>

- Dirección General de Estadística (2022). *Anuario de Población y Estadísticas Vitales 2020. Ciudad de Rosario*. Rosario, Argentina, Municipalidad de Rosario.

- Felitti, Karina y Queirolo, Graciela (2009). "Cuerpos, género y sexualidades a través del tiempo". En S. Elizalde, K. Felitti y G. Queirolo. (Coord.), *Género y sexualidades en las tramas del saber. Revisiones y propuestas* (27-58). Buenos Aires, Argentina, Libros Del Zorzal.

- Fernández Vázquez, Sandra Salomé (2021). Los antecedentes de una conquista: transformaciones políticas y normativas en el proceso de legalización del aborto en Argentina. *Derecho y Ciencias Sociales*, (26). DOI: <https://doi.org/10.24215/18522971e096>

- hooks, bell (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Madrid, España, Traficantes de Sueños.

- Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994). El Cairo, Egipto, Organización de las Naciones Unidas.

- Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). Beijing, China, Organización de las Naciones Unidas.
- Levín, Silvia (2009). Paradojas de ciudadanía y conflictos de género en la política pública argentina. La Política de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Temas y Debates*, (18), 11-37.
- Levín, Silvia (2018). ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, 14 (3), 377 - 389. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.2011>
- Levín, Silvia (2021). “Introducción”. En S. Levín (Ed.), *Progresos y desafíos II. Evaluación de los avances de los Derechos en la Provincia de Santa Fe: alimentación, trabajo y medio ambiente* (17-21). Rosario, Argentina, Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe.
- Ley N° 11.888 – Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (2001). Santa Fe, Argentina, Legislatura de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=223413&item=108354&cod=69f096fa23f0636648929003be5b8ef1#:~:text=La%20ley%20reconoce%20el%20derecho,y%20gratuidad%20de%20las%20prestaciones.>
- Ley N° 12.323 – Anticoncepción Quirúrgica (2004). Santa Fe, Argentina, Legislatura de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126186/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126186/(subtema)/93802)
- Ley N° 12.978 – Adhesión a la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post-Aborto, aprobada por la Resolución N° 989/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2009). Santa Fe, Argentina, Legislatura de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/12978-local-santa-fe-guia-para-mejoramiento-atencion-post-aborto-aprobada-resolucion-n-989-2005-ministerio-salud-ambiente-nacion-lps0012978-2009-05-28/123456789-0abc-defg-879-2100svorpyel?&o=0&f=Total%7CFecha%7CEstado%20de%20Vigencia%5B5%2C1%5D%7CTema%5B5%2C1%5D%7COrganismo%5B5%2C1%5D%7CAutor%5B5%2C1%5D%7CJurisdicci%F3n%5B5%2C1%5D%7CTribunal%5B5%2C1%5D%7CPublicac>

[i%F3n%5B5%2C1%5D%7CColecci%F3n%20tem%Eltica%5B5%2C1%5D%7CTipo
%20de%20Documento/Legislaci%F3n&t=133](https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm)

- Ley N° 25.673 – Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>

- Ley N° 26.130 – Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica (2006). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=119260>

- Ley N° 26.150 – Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2006). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=121222>

- Ley N° 26.485 – Ley de Protección Integral a las Mujeres (2009). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

- Ley N° 27.610 – Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>

- Meng, Griselda (2006). “Ley de salud sexual y procreación responsable. Argentina ¿una política de género?”. En M. Petracci y S. Ramos. (Comp.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia.* (93–111). Buenos Aires, Argentina, CEDES.

- Ministerio de Salud de la Nación (15 de noviembre de 2022). 20 años de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva. Acceder a derechos nos cambia la vida. *Canal de YouTube del Ministerio de Salud de la Nación.* Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=pQrI0PNUZ6k>

- Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. *Portal oficial del Estado Argentino*. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/planenia/el-plan-hoy>

- Municipalidad de Rosario. Red de Salud. *Sitio web de la Municipalidad de Rosario*. Recuperado de: <https://datos.rosario.gob.ar/salud/red-de-salud>

- Municipalidad de Rosario. Secretaría de Salud Pública. *Sitio web de la Municipalidad de Rosario*. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/inicio/secretaria-de-salud-publica>

- Ordenanza N° 6.244 – Creación del Programa de Procreación Responsable (1996). Rosario, Argentina, Honorable Concejo Municipal. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/mr/normativa/otras-normas/ordenanzas/ordenanza-6244-1996>

- Ordenanza N° 8.027 - Modificación de la Ordenanza N° 6.244 (Programa de salud sexual y procreación responsable) (2006). Rosario, Argentina, Honorable Concejo Municipal. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/normativa/ver/visualExterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=43363>

- Ordenanza N° 8.186 – Creación del Protocolo de Atención Integral para la Mujer en Casos de Aborto no punible (2007). Rosario, Argentina, Honorable Concejo Municipal. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/mr/normativa/otras-normas/ordenanzas/ordenanza-8186-2007>

- Ordenanza N° 9.310 – Creación de las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva (2014). Rosario, Argentina, Honorable Concejo Municipal. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/normativa/ver/visualExterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=102599>

- Perrotta, G. (s/f). Promoción de la Salud y Consejería: estrategias de la Atención Primaria de la Salud en Salud Sexual y Reproductiva. *Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires*. Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad1/obligatoria/promocion_de_la_salud.pdf

- Petracci, Mónica y Pecheny, Mario (2007). *Argentina. Derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires, Argentina, CEDES.
- Quiroga, Hugo (2019). “Los derechos humanos y el buen gobierno”. En H. Quiroga (Ed.), *Progresos y desafíos de los Derechos en la Provincia de Santa Fe* (17-24). Rosario, Argentina, Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe y Universidad Nacional de Rosario.
- Ramos, Silvina (2007). *Derechos sexuales y reproductivos. La experiencia argentina. Jornadas: Violencia. Sexualidad. Reproducción. Tensiones Políticas, Éticas y Jurídicas*. Buenos Aires, Argentina, Centro de Encuentros Cultura y Mujer conjuntamente con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Resolución 989/2005 – Aprobación Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto (2005). Buenos Aires, Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=108813>
- Rinesi, Eduardo (2020). *Universidad y democracia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, CLACSO.
- Rodríguez, Lilia (2015). *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos*. Fondo de Población de Naciones Unidas en <https://redinterquorum.org/dsr/wp-content/uploads/sites/2/2021/03/2-Derechos-sexuales-y-reproductivos-en-el-marco-de-los-derechos-humanos.pdf>
- Rosario Noticias (7 de julio de 2016). El Centro de Salud Dunant festeja sus 65 años. *Noticias MR*. Recuperado de: <https://www.rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/56160/title/El-Centro-de-Salud-Dunant-festeja-sus-65-a%C3%B1os->
- Rovere, Mario (2006). “La salud en el Municipio de Rosario. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática”. En MUNICIPALIDAD DE ROSARIO y PNUD, *Experiencia Rosario: Políticas para la gobernabilidad* (107-164). Rosario, Argentina, Municipalidad de Rosario.
- Sautu, Ruth (2005). *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires, Argentina, Lumiere.

- Spaventa, Verónica (marzo de 2017). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria*. Recuperado de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/convencion-sobre-la-eliminacion-de-todas-las-formas-de-discriminacion-contra-la-mujer#:~:text=A%20su%20vez%2C%20en%20el,Unidas%20en%20octubre%20de%201999>
- Varela, Nuria (2008). *Feminismo para principiantes*. Barcelona, España, B.S.A.
- Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España, Gedisa.
- Vera, Rodrigo (1999). Promoción de la salud sexual y reproductiva en la atención primaria de la salud. *VII Seminario internacional sobre atención primaria de la salud. La atención primaria para garantizar salud para todos en el siglo XXI*. La Habana. Cuba, Fondo de Población de Naciones Unidas.