Derechos sexuales y accesibilidad a servicios de salud

Derechos sexuales y accesibilidad a servicios de salud : perspectivas y experiencias /
Patricia K. N. Schwarz ... [et al.] ; Compilación de Patricia K. N. Schwarz ... [et al.]. -
1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : SB, 2025.
258 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-631-6593-93-1

1. Estudios de Género. 2. Sistemas de Salud. 3. Políticas Públicas. I. Schwarz, Patricia K. N. II. Schwarz, Patricia K. N. , comp.
CDD 613.04

Título: *Derechos sexuales y accesibilidad a servicios de salud: perspectivas y experiencias*
Compiladoras: Patricia K. N. Schwarz, Graciela Di Marco, Leila M. Passerino y Claudia Anzorena

ISBN 978-631-6593-93-1
1ª edición, abril de 2025

© 2025, Patricia K. N. Schwarz, Graciela Di Marco, Leila M. Passerino y Claudia Anzorena
© 2025, Sb editorial

Argentina: Salta 188, Piso 3 - C1074AAD Ciudad Autónoma de Buenos Aires
www.editorialsb.com • ventas@editorialsb.com • +54 9 11 3012 7592
México: Antonio Sola 20 - Colonia Condesa - Cuauhtemoc - 06140 Ciudad de México
www.editorialsb.com.mx • ventas@editorialsb.com.mx • +52 33 3029 8628
España: Calle Azafrán N° 9, Piso 2° A - 28222 Majadahonda - Madrid
www.editorialsb.com • ventas@editorialsb.com • +34 695 700 395

Director general: Andrés C. Telesca (andres.telesca@editorialsb.com)
Diseño de cubierta e interior: Cecilia Ricci (riccicecilia2004@gmail.com)

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopia, digitalización u otros medios, sin el permiso previo y escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual según las leyes 11.723 y 25.446 de Argentina y el Art. 229 y siguientes de la Ley Federal de Derechos de Autor y arts. 424 y siguientes del Código Penal del Estado de México.

Patricia K. N. Schwarz, Graciela Di Marco,
Leila M. Passerino y Claudia Anzorena
(compiladoras)

Derechos sexuales y accesibilidad a servicios de salud

Perspectivas y experiencias

sb

Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá • Quito • Lima • Santiago • Montevideo • Asunción

Índice

Capítulo 1

Introducción. Derechos sexuales y accesibilidad a los servicios de salud. Fundamentos teórico-metodológicos 11

Patricia K. N. Schwarz, Graciela Di Marco, Leila M. Passerino y Claudia Anzorena

Un poco de historia 14
Lineamientos teóricos de la investigación 16
La construcción de nuestros datos. El diseño metodológico 19
Los capítulos de este libro. ¿Cómo leer un mosaico? 19
Bibliografía citada 22

Capítulo 2

El Trabajo de campo: ¿cómo, dónde y por qué? Descripción y reflexiones desde una perspectiva feminista 27

Florencia Maffeo, Chantal Medici, Paulina Serú, Leila M. Passerino, Leila Abdala, Valeria Venticinque, Pablo Ferrari Gaibazzi, Carolina Barón y Mónica Cassini

Preparación y desarrollo del trabajo de campo 28
Descripción de los barrios donde se desarrolló el trabajo de campo 30
Descripción de la muestra 37
Reflexiones finales 39
Referencias bibliográficas 40

Capítulo 3

Telemedicina y ejercicio de derechos sexuales. Prácticas y percepciones en contextos de pandemia y pospandemia .. 43

Patricia K. N. Schwarz

Prácticas de telemedicina 45
Resistencias y críticas a la telemedicina 50
Los turnos 52
La historia Clínica Electrónica 56
Infraestructura 58
Reflexiones finales 60
Bibliografía 62

Capítulo 4

Encuentros y desencuentros entre usuarixs y sistema de salud. Las transformaciones en la accesibilidad a partir de la pandemia desde la perspectiva de las/es usuarias/es en Mendoza 65

Paulina Serú y Claudia Anzorena

Introducción 65
Accesibilidad inicial 67
La proeza de conseguir un turno 67
La estandarización como deshumanización 70
El estatus legal como puerta abierta o cerrada 73
Navegando el sistema: las valoraciones de la accesibilidad en sentido amplio 75
La comunidad y las redes vinculares en la construcción de accesibilidad 78
Reflexiones finales 85
Bibliografía 86

Capítulo 5

Experiencias en salud sexual y procesos de vulnerabilización: accesibilidad y agencia de mujeres cis y trans en un barrio de la ciudad de Santa Fe 87

Leila M. Passerino y Leila Abdala

Introducción 87
Derechos sexuales y ciudadanía sexual 90
Repensar la accesibilidad 92
Vulnerabilidad, autonomía y agencia: aproximaciones situadas 104
Conclusiones 109
Bibliografía 110

Capítulo 6

"Te ven como un puente". El rol de las organizaciones sociales en el acceso a los derechos sexuales 113

Florencia Maffeo

Descripción de las organizaciones 114
Repertorios de acción e incidencia política en el acceso a los derechos sexuales 116
A modo de cierre 126
Bibliografía 127

Capítulo 7

La potencia del pueblo feminista para la democratización del campo de la salud 129

Pablo Ferrari Gaibazzi

Introducción 129
Impactos de la ley de IVE al interior del campo de la salud 130
Dejar el escritorio y volver al territorio, a la comunidad 134
El caleidoscopio de la participación popular en salud 136
Consideraciones finales 145
Bibliografía 146

Capítulo 8

Más allá de las institucionalidades en pandemia y postpandemia: observar, acceder, reflexionar. El caso de la ciudad de Santa Fe..... 149

Maite Martín y Valeria Roxana Venticinque

1. Introducción 149
2. Santa Fe, explorar lo realizado 150
3. Coyuntura, políticas y prácticas públicas 152
4. A modo de coda 164
5. Referencias Bibliográficas 165

Capítulo 9

Recorrer la accesibilidad: *habitus* y percepciones de funcionarias y profesionales de la salud sobre la práctica y el trabajo en salud sexual en Santa Fe 167

Agustina Rúa y Leila M. Passerino

Introducción 167
Habitus profesionales y prácticas de accesibilidad 171
Reflexiones finales 188
Bibliografía 189

Capítulo 10

Acerca de las condiciones profesionales de existencia: percepciones sobre el sujeto profesional en Santa Fe y sus implicancias en las prácticas..... 191

Leila M. Passerino y Agustina Rúa

Introducción 191
Condiciones laborales, percepciones y posicionamientos subjetivos frente al trabajo 192
Las prácticas profesionales entre el derecho y la política pública 203
Reflexiones finales 212
Bibliografía 213

Capítulo 11

La calidad en el acceso al derecho al aborto desde una perspectiva relacional. Barreras, intervenciones y dispositivos en la Provincia de Mendoza 215

Lucas Marucci y Romina Accossatto

Introducción 215
La multidimensionalidad de las barreras de acceso a los servicios de IVE/ILE 218
El Estado y las organizaciones sociales como constructores de accesibilidad. Acciones, intervenciones y dispositivos..... 228
Reflexiones finales 235
Bibliografía 236

Capítulo 12

El acceso a los derechos sexuales en pandemia: fortalezas, dificultades y estrategias por parte del personal de salud..... 241

Chantal Medici

Introducción 241
Los derechos sexuales en pandemia..... 243
Factores favorables para garantizar derechos..... 244
Estrategias del personal de salud 247
Dificultades y barreras para el acceso a derechos 250
Conclusiones..... 253
Bibliografía 253

Sobre lxs autorxs 255

Capítulo 1

Introducción. Derechos sexuales y accesibilidad a los servicios de salud. Fundamentos teórico-metodológicos

Patricia K. N. Schwarz, Graciela Di Marco,
Leila M. Passerino y Claudia Anzorena

El ejercicio de los derechos sexuales y la accesibilidad a los servicios de salud se imbrican mutuamente; y responden a posiciones relacionales resultantes de una condición interseccional de racialización, etnia, clase, sexo, género, discapacidad, edad, orientación sexual, urbanidad/ruralidad, migración, entre otras dimensiones de existencia (Crenshaw, 1989; Pecheny, 2020). Como todo derecho, el ejercicio de los derechos sexuales es producto de luchas. En Argentina, estas luchas han sido promovidas fundamentalmente por movimientos y organizaciones feministas y LGTTBIQ+.

Este libro aborda la mencionada condición interseccional y de militancia reivindicativa en el campo de la equidad e igualdad entre los géneros, en el ejercicio de derechos sexuales vinculados a la accesibilidad a los servicios de salud, con miras a contribuir a este campo de conocimiento y suscitar aportes y transformaciones en políticas públicas de salud y derechos sexuales. Desarrollamos el análisis de los datos construidos en el marco del proyecto de investigación llamado "Derechos sexuales y accesibilidad a los servicios de salud. Un estudio comparativo en territorios vulnerabilizados del área metropolitana de Buenos Aires, Mendoza y Santa Fe, en situación de pandemia y postpandemia". El estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación y el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad; y desarrollado en las siguientes instituciones: Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA) del Centro Científico Tecnológico (CCT) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

(CONICET) en Mendoza; el Centro de Estudios sobre Democratización y Derechos Humanos (CEDEHU) - Laboratorio de Investigación en Ciencias Humanas (LICH) CONICET/ Escuela de Humanidades (EH) de la Universidad Nacional de San Martín; y el Centro de Investigación Científica y Tecnológica Rafaela (Universidad Nacional de Rafaela – CONICET). El proyecto fue dirigido por la Dra. Patricia K. N. Schwarz y co-dirigido por las Dras. Graciela Di Marco, Claudia Anzorena y Leila M. Passerino. Los objetivos de la investigación se orientaron a construir conocimiento acerca del ejercicio y demanda de derechos sexuales de mujeres, lesbianas, personas trans y no binaries en relación con la accesibilidad a los servicios de salud en territorios vulnerabilizados en contextos de pandemia y pospandemia por COVID-19 en el área metropolitana de las ciudades de Buenos Aires y Mendoza y en la ciudad de Santa Fe, en Argentina.

Las perspectivas teóricas que contribuyen a estos abordajes han acompañado los trabajos científicos de lxs integrantes del equipo. Nos hemos valido fundamentalmente de las teorizaciones feministas, la teoría del discurso y de la antropología médica crítica. Tomamos aportes de los feminismos del sur para la construcción de un enfoque epistemológico que incorpore las múltiples desigualdades sufridas por lxs sujetxs en el marco de las relaciones sociales capitalistas y patriarcales, que se apoyan mutuamente para producir exclusión y subordinación (De Lauretis, 2004; Falquet, 2008; Lugones; 2012). Los aportes teóricos feministas ponen en cuestión la manera en que las diferencias entre los géneros se inscriben en el orden social, económico y político (Ciriza, 2006; Scott, 1986; Lamas, 1995; Fraser, 1997; Crenshaw, 1989). Asimismo, la teoría del discurso nos permitió pensar las demandas feministas en el campo de los derechos en general –en tanto solicitud y reivindicación– (Laclau, 2005); y respecto de los derechos sexuales en particular, interpretar la articulación de identidades contrahegemónicas. La vinculación de éstas en la lucha por la ampliación de derechos permitió enlazar movimientos feministas con otros colectivos que, con el patriarcado como oponente común, conformaron lo que Graciela Di Marco (2019) llamó el Pueblo Feminista.

Para anclar el campo de los derechos sexuales con el de los servicios de salud utilizamos los aportes de la Antropología Médica Crítica, que aborda el estudio de los modos de producción de vulnerabilidad social y en salud en los capitalismos contemporáneos vinculándolos con procesos de medicalización, violencias, resistencias, ciudadanía, subjetividades, poscolonialidad, biosocialidad, entre otros (Menendez, 1985; Morsy, 1996; Comelles y Hernaez, 1999). En nuestro análisis incluimos las complejidades de la relación entre lxs usuarixs, sus cuerpos y estos saberes formales que colonizan estas experiencias

con sus lógicas y abordajes. Esta cultura biomédica colabora junto con el Estado Nación, socio en la construcción de hegemonía desde su nacimiento, con la huella heteronormativa (Schwarz, 2016; Davis Floyd, 2004).

Partimos de considerar a la accesibilidad como una relación entre servicios y usuarixs en tanto constructo intersubjetivo y simbólico vinculado con sus discursos y contextos (Stolkiner *et al.*, 2000; Comes y colaboradoras, 2007). Los fenómenos asociados a esta problemática en los que nos focalizamos en nuestro estudio son: la distribución desigual de las tareas de cuidado, la respuesta deficiente/insuficiente/obstaculizadora/discriminatoria/estigmatizante de los servicios de salud y de las políticas públicas de salud sexual, las dificultades de movilidad por la ciudad[1], las brechas digitales de género que limitan la accesibilidad a la telemedicina; y las intervenciones feministas y de colectivos LGTTBIQ+ relacionadas con la salud y derechos sexuales. Estos ejes se corresponden con las líneas de indagación que ha estado llevando adelante el equipo en las últimas décadas en las tres provincias que integran esta investigación. Las problemáticas aludidas en estos ejes son producto, entre otras cosas, del paradigma heterocispatriarcal en su combinatoria con el orden neoliberal capitalista, que han asignado a las mujeres una ética de dedicación intensiva a las tareas de cuidado; han permeado las lógicas de funcionamiento de la biomedicina según la cual las acciones deben responder a criterios de eficiencia y rendimiento de los recursos y no necesariamente de cuidado, equidad y justicia; han establecido el patrón de violencia hacia las mujeres y colectivos LGTTBIQ+; y también lxs han expulsado del saber técnico y tecnológico (produciendo la llamada brecha digital de género). Durante la pandemia las mujeres, lesbianas, personas trans y no binaries residentes en zonas vulnerabilizadas del Sur global conformaron el grupo de las personas más afectadas por la falta de accesibilidad a los servicios de salud sexual, con la consecuente vulneración a sus derechos (Center for Reproductive Rights, 2021). En este contexto, fueron las feministas y colectivos LGTTBIQ+ quienes denunciaron la profundización de la inaccesibilidad a métodos anticonceptivos, tratamientos de hormonización, cirugías, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), entre otros servicios de salud sexual. La crisis sanitaria y humana que provocó la pandemia por COVID-19 da cuenta de la profundidad de problemáticas de vulneración de derechos, que los feminismos y colectivos LGTTBIQ+ denuncian desde hace décadas. Los términos que dibujan el mapa

1 Concebimos a la movilidad como una práctica social de viaje, que se realiza en un territorio determinado, con una frecuencia de realización, en un espacio-tiempo determinado, para la satisfacción de los deseos y necesidades y derechos de las personas (Gutiérrez y Reyes, 2010). No tiene lugar en un vacío social, está enmarcada en un contexto de relaciones de poder y de desigualdades de todo tipo (Di Marco, Galeota y Neri, 2022).

de ese recorrido han despertado debates y reflexiones con profundas consecuencias en el campo de los derechos y la salud.

Un poco de historia

Desde el retorno de la democracia, Argentina ha tenido un movimiento ambivalente respecto de los Derechos Humanos (DDHH) en el campo de la salud. De la mano de los cambios de gobierno y sus diversas características específicas, ha pivotado entre: concepciones tecnocráticas y de derechos, así como también, entre posiciones críticas y de reproducción de estereotipos de género y de la división sexual del trabajo. Sin embargo, las presiones de los feminismos y colectivos LGTTBIQ+ han dado lugar a políticas de reconocimiento desplegando nuevas dimensiones de la justicia del mismo modo que contribuyen a reducir la exclusión social y a propiciar mayores niveles de igualdad y equidad (Di Marco, 2012, 2019; Anzorena, 2013, 2014; Linardelli y Anzorena, 2021; Schwarz, 2022a; Passerino, 2016; Fraser, 2008; Arruzza *et al*., 2018; Molyneux, 2003; Bareiro, 2012).

El estatus actual de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR) en Argentina se vincula con el recorrido realizado por éstos a nivel internacional. Los organismos internacionales integran los derechos sexuales en su agenda por medio de los derechos reproductivos y las políticas de control de la natalidad de la década del 90. En estos ámbitos, se agrega posteriormente el placer en los derechos sexuales a partir de la militancia feminista y de colectivos LGTTBIQ+; así se amplía progresivamente la definición de ciudadanía sexual, "que es generizada, racializada y atravesada por múltiples diferencias, más extendida que la noción de derechos reproductivos –que son una parte de los derechos sexuales– y que retrotrae a relaciones heterosexuales" (Di Marco, 2012: 15). El lobby realizado por las feministas a nivel internacional consigue que, en 1994, en la Conferencia de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) se defina por primera vez la Salud Reproductiva, centrada en la definición de Salud integral de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al año siguiente en la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing se la reconoció como derecho humano de las mujeres en el capítulo sobre salud de la Plataforma de Acción de Beijing (1995), instalándose de a poco en las agendas estatales y ratificando su contenido en diferentes conferencias y organismos internacionales –por ejemplo, la Estrategia de Montevideo para la implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030.

En el párrafo 94 de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) se define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la sola ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Define la atención de la salud reproductiva como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solo el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual (Anzorena, 2021).

El acceso a una ciudadanía plena se sostiene sobre el acuerdo arendtiano del derecho a tener derechos (Di Marco, 2012; Brown, 2014). Tal como afirma Graciela Di Marco (2012), las demandas de los feminismos y colectivos LGTTBIQ+ en torno a los derechos sexuales refieren al control del propio cuerpo, la seguridad, la propia definición sexual, la legitimidad de la agencia y del placer; así como también la demanda en torno al reconocimiento público de las identidades y estilos de vida y el acceso pleno a los derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales.

Desde el advenimiento de la democracia, en Argentina los feminismos y colectivos LGTTBIQ+ han contribuido profundamente al avance en materia legislativa, así como a las condiciones de posibilidad para el acceso a los derechos adquiridos, particularmente en el campo de la salud (Anzorena, 2021; Di Marco *et al*., 2019; Passerino, Abdala, 2023). Respecto de los derechos más relevantes se pueden mencionar: Ley 25.673/2003 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley 25.929/2004 de parto respetado; Ley 26.130/2006 de contracepción; Ley 26.150/2006 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral; Ley 26.618/2010 de Matrimonio Igualitario; Fallo FAL 2012 sobre la causal violación para acceder al aborto, –exhorta al Poder Ejecutivo a disponer los medios para la práctica de abortos en los casos que permite el Código Penal y sienta las bases para demostrar la constitucionalidad de la legalidad de la IVE–; Ley 26.743/2012 de Identidad de género; Ley 26.862/2013 de acceso a la reproducción médicamente asistida; la Ley 27.610/2020 de interrupción legal y voluntaria del embarazo y la Ley 27675/2022 de Respuesta Integral al VIH, hepatitis virales y otras infecciones. La eficacia y el alcance de estas políticas son desiguales en todo el país y para los diferentes sectores sociales. Esta heterogeneidad responde a componentes políticos e ideológicos propios de este tipo de políticas, así como a las insuficientes capacidades estatales para dar respuesta a los problemas sociales y de salud a través de sus instituciones (Anzorena, 2021).

Los documentos y acuerdos internacionales, así como las políticas públicas en nuestro país adoptaron el concepto de derechos sexuales y reproductivos

para aludir a la posibilidad de toda persona de tener una realización plena, segura y libre de su vida sexual, su orientación sexual e identidad de género; y a decidir sobre su maternidad/paternidad. Dado que la unión sexualidad/reproducción ha sido parte fundamental de la heteronorma patriarcal, en este trabajo utilizamos el término derechos sexuales, de acuerdo con la definición de Graciela Di Marco (2012) que abarca los derechos antes aludidos sin considerar el destino reproductivo como añadidura de la sexualidad.

Para que cualquiera de estos derechos pueda ser ejercido debe cumplirse la condición de tener salud. Tal como afirma Pecheny (2020: 308), retomando a Hannah Arendt, existe una relación sinérgica entre derechos y salud en un condicionamiento mutuo, "[…] la garantía del derecho a la salud es condición, pues, de la titularidad y el ejercicio del conjunto de derechos humanos". Es por ello que nuestro interés se enfoca en ambos aspectos: los derechos sexuales y la accesibilidad a su ejercicio en el campo de la salud[2].

Lineamientos teóricos de la investigación

El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta, como se hizo en sus comienzos, es que queda invisibilizado el hecho de que lxs usuarixs también son constructorxs de accesibilidad. Por ello, en nuestra investigación, seguimos la definición de Stolkiner *et al.*(2000), que entiende a la accesibilidad como el encuentro entre lxs usuarixs y los servicios, pensando este concepto desde una perspectiva integral y relacional. Es decir, la accesibilidad resulta de la acción conjunta de las "condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de los sujetos que se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner *et al.*, 2000: 15).

En términos procesuales, se puede pensar la accesibilidad desde dos aspectos: el referido a la accesibilidad inicial, en tanto posibilidad de ingresar al sistema, y a la accesibilidad ampliada, que abarca todo el proceso de atención en salud (Mauro *et al.*, 2006). En esta investigación abordamos ambos, poniéndolos en diálogo y en contexto. En este último aspecto, cuando aludimos a que estudiamos problemáticas de salud en territorios vulnerabilizados, nos referimos a zonas con condiciones precarias de vivienda y de servicios

2 Este último concepto comienza a utilizarse fundamentalmente en el contexto de la Alianza para el Progreso donde se acordó la necesidad de lograr el desarrollo social de los países latinoamericanos. La accesibilidad era entendida como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, económicas, administrativas, culturales.

públicos (transporte, suministro de agua potable, gas natural, cloacas), donde mayormente habitan personas vulnerabilizadas socioeconómicamente. Nuestro enfoque de la vulnerabilidad está basado en el de derechos humanos, ya que permiten identificar situaciones de vulnerabilidad y vulnerabilización, contextualizando los fenómenos de salud-enfermedad-atención-cuidados en su historia social y respecto de la responsabilidad y acción del Estado y los servicios de salud. Seguimos a Ayres *et al.* (2018: 26) cuando proponen analizar la vulnerabilidad desde la dimensión individual –intersubjetiva–, social –contextos de interacción– y programática –producción de vulnerabilidad y falta de respuesta a la misma desde el Estado en sentido amplio–.

En Argentina el sistema de salud se divide en tres subsectores (público, privado y de obras sociales) y se encuentra descentralizado en jurisdicciones gubernamentales. El nivel nacional es el encargado de la planificación de programas y planes; las provincias y los municipios los implementan con autonomía relativa, teniendo la gran mayoría de los efectores a cargo. Es un sistema desigual en accesibilidad y calidad de atención. La infraestructura y la inversión per cápita en salud dependen en gran medida del poder adquisitivo de la población y los recursos disponibles en cada jurisdicción. Es decir, las inequidades en salud existentes en Argentina se relacionan con la fragmentación del sistema de salud que reproduce y se sostiene sobre las desigualdades socioeconómicas. En los territorios vulnerabilizados, la accesibilidad a los servicios de salud sexual y el ejercicio de derechos sexuales son precarios. En contexto de pandemia esta característica se profundiza en perjuicio de las mujeres y colectivos LGTTBIQ+ (Center for Reproductive Rights, 2021).

En trabajos de investigación previos hemos identificado, entre otras, dos problemáticas que colaboran con la falta de accesibilidad; las dificultades relacionadas con: la movilidad hacia centros de salud; y la accesibilidad a servicios de telemedicina (Di Marco, Galeota y Neri, 2022; Schwarz, 2022b).

El derecho a la ciudad, como derecho humano, implica, especialmente para población vulnerabilizada como mujeres, lesbianas y trans, la posibilidad de movilizarse con seguridad y apropiarse del espacio público (Di Marco *et al.*, 2022; Gutiérrez y Reyes, 2017; Quiros *et al.*, 2017; Checa *et al.*, 2020). En el contexto de la pandemia, en Argentina se adoptaron políticas tendientes a evitar la propagación del virus por medio de la reducción de los traslados de las personas en las ciudades desde marzo de 2020, con más fuerza entre marzo y junio de 2020, que tuvieron fuerte impacto en los esquemas de prestación de servicios del transporte público. Esto redundó en profundizar condiciones de inaccesibilidad a los servicios de salud, especialmente en la población que solo puede utilizar el transporte público para trasladarse (Di Marco *et al.*, 2022). El

transporte público debe garantizar el acceso a derechos y al consumo de bienes y servicios, y contribuye a reducir la exclusión social (Capelli, 2015). La aparente contracara del transporte suele presentarse en el uso de las TIC, a través de dispositivos que permiten acceder a los servicios de salud sin movilizarse hasta ellos. Si bien esta asociación entre biomedicina y las TIC tiene por lo menos 2 décadas de historia a nivel global (OMS, 2016), la pandemia aceleró su afirmación en el campo de la salud pública. Solo por mencionar algunos ejemplos, en Argentina en 2020: se sancionó la Ley de recetas electrónicas (27.553/2020) –que regula la prescripción y dispensa de medicamentos por medios electrónicos o digitales y contempla, por primera vez en la legislación argentina, la atención en salud mediada por las TIC (teleasistencia)–; también se reforzó el Plan Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud de la Nación –una iniciativa que lleva cerca de una década de recorrido (aun con otros nombres), que busca incorporar innovaciones tecnológicas y herramientas como la Historia Clínica Electrónica, la receta electrónica, la teleasistencia y la conectividad de los establecimientos de salud para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención en salud–. Sin embargo, las políticas orientadas a la telemedicina no se focalizan en la situación específica de las mujeres y colectivos LGTTBIQ+. Si bien la presencia de las TIC en ocasiones colabora con la accesibilidad al sistema de salud, incluso en pandemia, no lo garantizan si no están acompañadas de políticas públicas integrales que refieran a su uso (Schwarz, 2022c).

En cuanto a la situación de los derechos sexuales y accesibilidad a servicios de salud en las 3 provincias estudiadas, los estudios recientes muestran particularidades que las diferencian respecto de sus recorridos históricos e improntas culturales, pero coinciden en afirmar que si bien los avances legislativos han colaborado, aun los discursos y prácticas de agentes y profesionales de salud son estigmatizantes y discriminatorios y que los servicios de salud (públicos y privados) restringen la accesibilidad a algunos servicios de salud sexual y reproductiva, como el aborto por ejemplo. Asimismo, existen pocxs profesionales capacitadxs en aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva del colectivo LGTTBIQ+, aunque la legislación, la militancia feminista y los colectivos LGTTBIQ+ han logrado avances significativos (Passerino y Abdala, 2023; Passerino, 2021; Schwarz, 2022c; Anzorena *et al.*, 2021; Linardelli y Anzorena, 2021; Yañez, 2019; Maffeo, 2019; Rivero y Stacaglini, 2020; Balaguer *et al.*, 2021; Sbodio, 2018; Venticinque, 2017).

La construcción de nuestros datos. El diseño metodológico

Este estudio tiene un abordaje cualitativo, en el marco de un diseño de investigación exploratorio y descriptivo. Un abordaje metodológico de este tipo nos permitió investigar la construcción social de significados y prácticas, las perspectivas de lxs actorxs sociales y sus relaciones intersubjetivas, las relaciones de poder, los condicionantes de la vida cotidiana, y brindar una descripción detallada de lo observado (Taylor y Bogdan, 1996).

Se realizaron un total de 89 entrevistas en profundidad semi estructuradas en zonas seleccionadas de las tres provincias donde se situó el estudio (Santa Fe, Mendoza y Buenos Aires). Se entrevistó a: militantes/ activistas de colectivos feministas y LGTTBIQ+ y usuarixs de los sistemas público y privado de salud que se autoidentificaron como mujeres, lesbianas, personas trans y no binaries, que habitaban en zonas vulnerabilizadas; agentes y profesionales de salud de los servicios de salud de las zonas estudiadas; y funcionarixs del ámbito de las políticas públicas. La cantidad final de entrevistas se definió según dos criterios: 1. la saturación teórica desde la Teoría Fundamentada, deteniendo el trabajo de campo en el momento en que los datos dejaron de dar información nueva; y generando conceptos a partir del análisis inductivo de los datos (Glasser y Strauss, 1967); 2. los límites materiales que impusieron el contexto electoral nacional y de conflictividad social relativo a aquel.

Construimos una muestra intencional. La selección de casos se realizó mediante la técnica de "bola de nieve", cuyo límite de contactos por cada persona contactada fue de tres entrevistadas, a los fines de obtener una mayor heterogeneidad en los datos y disminuir la posibilidad de sesgos.

Los capítulos de este libro. ¿Cómo leer un mosaico?

La construcción de este libro fue un proceso de grata complejidad, donde las diferentes visiones y puntos de vista se fueron articulando, a veces con armonía, a veces con tensiones; y creando lo que en nuestras conversaciones finales visualizamos como un mosaico.

¿Cómo se puede leer un mosaico? De arriba abajo, de izquierda a derecha, o viceversa. La cuestión es establecer un punto del cual partir. Entonces, proponemos la lectura de los capítulos de este libro como el recorrido por un mosaico cuyos colores se combinan conformando un mismo escenario. El orden de éstos establece un diálogo a partir de determinadas preguntas, que nosotras elegimos, pero quien lo lea puede transitarlo de acuerdo con su

interés. Da inicio a esta trayectoria el capítulo 2, escrito por Florencia Maffeo, Chantal Medici, Paulina Serú, Leila M. Passerino, Leila Abdala, Valeria Venticinque, Pablo Ferrari Gaibazzi, Carolina Barón y Mónica Cassini, que describe tanto los territorios estudiados –en lo que refiere a su infraestructura, contextos geográficos y económico sociales–, como las estrategias de abordaje del trabajo de campo y experiencias de realización del mismo en relación con las posiciones epistemológicas presentes para lograrlo.

Conducen el diálogo posterior las preguntas acerca de cómo se configura la accesibilidad, cómo la transitan lxs usuarixs, qué acciones e iniciativas tienen las organizaciones en relación con ello y qué huellas imprimen en esta problemática.

El capítulo 3, escrito por Patricia K. N. Schwarz, analiza las prácticas de telemedicina en los servicios de salud pública, durante y después de la pandemia, en las tres provincias abordadas en la investigación que da origen a este libro. A lo largo del texto se desarrollan los contrapuntos entre perspectivas y experiencias de las cuatro poblaciones en estudio (usuarixs, profesionales de salud, funcionarixs y militantes) en relación con iniciativas vinculadas con tecnologías de información y comunicación (TIC). En calidad de facilitadoras y/u obstaculizadoras, la autora describe e interpreta los diferentes roles adoptados por las TIC en las estrategias cotidianas en el campo de la salud sexual en los territorios estudiados.

El capítulo 4, escrito por Claudia Anzorena y Paulina Serú, indaga en las percepciones y estrategias de cuidado de la salud de las usuarixs de zonas vulnerabilizadas del Gran Mendoza, a partir de sus experiencias en el encuentro con el sistema de salud entre el año 2020 y el 2023. En un primer momento aborda las dificultades en la accesibilidad inicial a la atención en salud; posteriormente se enfoca en los obstáculos y tensiones en el tránsito y finalmente, en la configuración de estrategias colectivas para sobrellevar estas dificultades, obstáculos y tensiones. El análisis expuesto de las transformaciones en la accesibilidad señala la urgencia de fortalecer el sistema de salud pública robusteciendo prácticas más democráticas.

El capítulo 5, escrito por Leila M. Passerino y Leila Abdala, aborda el ejercicio de los derechos sexuales en un marco más amplio de discusiones en torno a la ciudadanía sexual. Propone introducir y poner en discusión algunas categorías centrales como accesibilidad, autonomía relacional y agencia a partir de reflexionar sobre las experiencias de salud sexual de mujeres cis y trans que habitan un barrio en condiciones de vulnerabilidad de la ciudad de Santa Fe. Para complementar sus voces analiza entrevistas a militantes barriales,

funcionarias municipales y provinciales, y agentes de salud cuyas acciones y labor intervienen y participan de las experiencias de las mujeres.

En el capítulo 6, Florencia Maffeo recupera los repertorios de acción de 16 organizaciones sociales de las tres provincias estudiadas. En primer lugar, describe y clasifica a las organizaciones relevadas. Luego analiza su incidencia en las políticas de salud sexual. Por último, cierra el artículo con reflexiones sobre la relevancia del activismo para el acceso a los derechos sexuales. Según la autora, estas actividades tienen una incidencia en la implementación y evaluación de las políticas públicas, pero también tienen implicancias directas sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las/os activistas y sus comunidades.

En el capítulo siguiente, número 7, Pablo Ferrari Gaibazzi considera los aportes y potencia de las luchas del movimiento feminista en nuestro país para avanzar en la democratización de los efectores de salud. Plantea que la participación e incorporación en el sistema de salud de las prácticas y organizaciones que garantizan los derechos sexuales en general y en particular la conquista del derecho al aborto –a partir de la sanción de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)–, producen efectos democratizadores que impactan en todo el campo de la salud.

Los siguientes capítulos ponen el acento en indagaciones en torno a cómo se organiza el sistema de salud y cuáles son las prácticas de funcionarixs y trabajadores del sistema de salud.

En el capítulo 8, Valeria Venticinque y Maite Martín analizan la compleja relación usuarios/as-servicios/derechos en el territorio desde los testimonios situados de miembros/as de equipos de gestión local de la capital santafecina. Se trata de voces explicativas de cómo, cuándo y por qué se fueron construyendo determinadas institucionalidades, sus costuras y quiebres. A partir de este propósito, las autoras dialogan con la noción de accesibilidad y los factores que la acechan.

En el capítulo 9, Leila Passerino y Agustina Rúa indagan sobre la problemática de la accesibilidad desde la perspectiva de profesionales de salud y funcionarixs de la ciudad de Santa Fe respecto del ejercicio de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. Analizan los habitus profesionales y las condiciones de trabajo atendiendo, a su vez, a los posicionamientos subjetivos que actúan y sostienen sus prácticas.

El capítulo 10 de las mismas autoras da continuidad a las líneas de trabajo iniciadas en el capítulo anterior. Por un lado, analiza las percepciones y posicionamientos subjetivos frente a las condiciones laborales y contractuales, los vínculos de lxs profesionales con otrxs sujetxs de la red de salud pública,

los modos de estrechar redes formales e informales. Por otro, considera las prácticas profesionales mediadas y producidas en el marco de los derechos y la política pública. Las autoras encuentran que tanto la sanción de la Ley de IVE como las decisiones políticas en el contexto de pandemia han tenido impacto en los posicionamientos subjetivos, amparos y modos de trabajo al interior de los centros de salud, con otrxs profesionales y subsectores.

En el capítulo 11, Lucas Marucci y Romina Accossatto estudian el ejercicio y demanda del derecho al aborto en relación con la accesibilidad a los servicios de salud en territorios vulnerabilizados en contextos de pandemia y post pandemia en Mendoza. Para ello utilizaron el corpus de entrevistas a integrantes de organizaciones sociales, funcionarias y trabajadores del ámbito de la salud en Mendoza y analizaron documentos gubernamentales, legislaciones, resoluciones, guías, protocolos, reportes, archivos periodísticos, documentos y materiales elaborados por organizaciones feministas.

El capítulo 12, escrito por Andrea Schenk y Paula Azpelicueta, aborda el rol de lxs profesionales de la salud en torno a la accesibilidad a los servicios de salud sexual y los derechos de mujeres, lesbianas y personas trans que residen en zonas vulnerabilizadas del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Gran Mendoza y ciudad de Santa Fe, especialmente durante y después de la pandemia. Las autoras se centran en los desafíos que enfrentan estxs profesionales, incluyendo la escasez de recursos, la falta de institucionalidad en los efectores de salud y la insuficiente capacitación de los equipos de trabajo.

En el capítulo 13, Chantal Medici, con especial énfasis en el acceso a la IVE / ILE y desde la perspectiva del personal de salud entrevistado en nuestra investigación, aborda la afectación del acceso a la salud sexual en pandemia, las repercusiones en los equipos y las estrategias desarrolladas para abordar las dificultades del contexto, así como las mejoras en los procesos que perduran luego de la pandemia. Por último, resume las dificultades, barreras y obstaculizaciones que aún persisten en el acceso a estos derechos.

Bibliografía citada

Anzorena, C. (2021) Cuatro décadas de políticas de género en Argentina. Un recorrido por los cambios normativos de 1985 a 2020 desde una perspectiva feminista. En Anzorena, C.; Schwarz, P.K.N.; Yañez, S. (comp.) *Reproducir y sostener la vida. Abordajes feministas y de género del trabajo de cuidados.* Buenos Aires: Teseo.

—. (2014). Aportes conceptuales y prácticos de los feminismos para el estudio del Estado y las políticas públicas. *Revista de Trabajo Social PLAZA PÚBLICA*. Tandil: Carrera de Trabajo Social FCH-UNCPBA. 2014, pp. 17-41.

—. (2013). La institucionalización de la "cuestión de género" a 26 años de Nairobi: el segundo Instituto Provincial de la Mujer de Mendoza (2008-2011). *La Aljaba, segunda época. Revista de Estudios de la Mujer* - ISSN 0328-6169. Argentina, Santa Rosa (La Pampa): Área Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer (UNLu); Centro Interdisciplinario de Estudios de Género (UNComa); Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (UNLPam). 2013, pp. 59-74.

Ayres, J.R., Paiva, V., Cassia, M. (2018). Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud. En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A., Amuchástegui, A., Pecheny, M. (comp.) *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos,* pp. 21-34, Buenos Aires: Teseo.

Balaguer, M. I.; Baretta, M. L.; Copetti, A. B. (2021). El litigio conservador y su repercusión sobre los derechos sexuales y (no) reproductivos desde Córdoba, Argentina. *Rev. Derecho y Ciencias Sociales*, Universidad Nacional de La Plata, N° 26, 1-24.

Bareiro, L. (2012). Avances y desafíos para la participación política de las mujeres. En N. Gherardi (comp.), *Lidera: participación en democracia. Experiencias de mujeres en el ámbito social y político en la Argentina,* pp. 27-36, Buenos Aires: ELA Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

Butler, J. (2001), *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, México, gys.

Brown, J. (2014), *Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*, Buenos Aires: Teseo.

Capelli, L. (2015). *Analysing the relation between public transport provision and social exclusion in the metropolitan area of Buenos Aires*. Leeds: University of Leeds.

Checa, J., Martín, J., López, J. & Nello, O. (2020). Those who cannot stay at home: urban mobility and social vulnerability in Barcelona during the COVID-19-19 pandemic. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, (87). https://doi.org/10.21138/bage.2999

Ciriza, A. (2006). Las paradojas de la ciudadanía bajo el capitalismo global.: De consensos y violencias. En *Utopía y Praxis Latinoamericana,* UPL, Vol. 8, N° 22.

Center for Reproductive Rights (2021) *Promoting Access to self-managed abortion: considerations for managing legal risk.* Recuperado de: https://reproductiverights.org/promoting-access-to-self-managed-abortion-considerations-for-managing-legal-risk/

Comelles, J. y A. Hernaez (1999) Las paradojas de la Antropología Médica europea. *Nueva Antropología XVI*, pp. 187-214.

Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkiner, A. (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, pp. 201-209.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, University of Chicago *Legal Forum*, 1989, pp. 139-167.

Davis-Floyd, R. (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.

De Lauretis, T. (2004 [1989]). *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. En traducción de Ana María Bach y Margarita Routlet. Recuperado de: https://www.uepc.org.ar/conectate/wp-content/uploads/2015/03/Tecnologias_del_Genero-De-Laurentis.pdf

Di Marco, G. O., Galeota, C.; Neri, N. (2022). *(In)movilidades, géneros y pandemia en el AMBA.* Buenos Aires: Teseo.

Di Marco, G. O. (2019). Nuevas identidades y construcciones políticas de los feminismos. En Di Marco, G. O.; Ana Fiol y P. K. N. Schwarz (comp.) *Feminismos y populismos del Siglo XXI. Frente al patriarcado y al orden neoliberal.* Buenos Aires: Biblos.

—. (2012). Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en argentina. *SER SOCIAL*. Brasilia, 2012, pp. 210-243.

Falquet, J. (2008). Chiffres, concepts et stratégies du "développement" néolibéral. En J. Falquet, *De gré ou de force, les femmes dans la mondialisation.* Paris: La Dispute.

Fraser, N., (1997). ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época 'postsocialista'. En *IustitiaInterrupta. Reflexiones críticas sobre la posición "postsocialista".* Bogotá: Siglo del Hombre y Universidad de los Andes.

—. (2008). *Escala de justicia.* Barcelona: Herder.

Gutiérrez, A. y Reyes, M. (2010). Movilidad cotidiana, políticas públicas y género. Un estudio en el periurbano de la Región Metropolitana de Buenos Aires. En *6º Jornadas Nacionales y 1º Internacionales Desarrollo Local, Sostenibilidad y Ciudadanía Mundial,* UNIDA - Univ. de Girona, Buenos Aires.

—. (2017) Mujeres, entre la libertad y la obligación. Prácticas de movilidad cotidiana en el Gran Buenos Aires. *Revista Transporte y Territorio*, 16, 147-166.

Glasser B. y A. Strauss (1967), *The Discover of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*, Chicago: Aldine.

Laclau, E. (2005), Desconstrucción, pragmatismo, hegemonía, en S. Critchley, J. Derrida, E. Laclau, R. Rorty y C. Mouffe, *Deconstrucción y pragmatismo*, Buenos Aires: Paidós.

Lamas, M. (1995). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. En *La Ventana, Revista de Estudios de Género*, n° 1, Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

Linardelli, M. F.; Anzorena, C. (2021). Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. *Jangwa Pana* - ISSN 1657-4923. Colombia, Santa Marta: Universidad del Magdalena.

Lugones, M. (2012). Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples. En *Pensando los feminismos en Bolivia. Conexión Fondo de Emancipaciones*, Serie Foros 2. La Paz, Bolivia.

Maffeo, F. (2019) "La incidencia del movimiento feminista en la atención de la salud de mujeres. El caso de los CAPS de Morón". En Di Marco, G., Fiol, A. y Schwarz, P. K. N. (coord.) *Las mujeres y el pueblo. Movimiento de Mujeres y movilización feminista en la era de los populismos de derecha y las democracias neoliberales,* Buenos Aires: Teseo, pp. 173-184.

Menendez, E. (1985) Aproximación Crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina. *Nueva Antropología*, VII (28):11-27.

Molyneux, M. (2003). *Movimiento de mujeres en América Latina. Estudio teórico comparado*. Madrid: Cátedra feminismos.

Morsy, S. (1996) Political Economy in Medical Anthropology. Medical Anthropology. Contemporary. Theory and Method. Sargent, C. and Johnson, T. (eds.) *Theory and Method.*

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2016) Global Diffusion of eHealth. Report of the third global survey on eHealth. Global Observatory of eHealth. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529

Passerino, L. M. (2021). Experiencias en territorio: vulnerabilidad y problemáticas sanitarias en barrios periurbanos de Paraná (Entre Ríos - Argentina). *Saúde y Sociedade*, São Paulo: 2021, pp. 1-12.

—. (2016) Experiencia, feminismo, testimonio y subjetividad. *Clivajes. Revista de Ciencias Sociales*. N° 6, pp. 14-30.

Passerino, L. M.; Abdala, L. (2023) *Activismos, derechos sexuales y ciudades no metropolitanas. Puntos de partida para un análisis de la ciudadanía sexual en dos ciudades de la provincia de Santa Fe.* Actas Segundo Congreso Internacional de Ciencias Humanas. San Martín, Argentina.

Pecheny, M. (2020) Derecho a la salud y COVID-19 desde la perspectiva latinoamericana de la vulnerabilidad y los derechos humanos, en Bohoslavsky, J. P. (ed.) *COVID-19 y derechos humanos. La pandemia de la desigualdad.* Buenos Aires: Biblos.

Quiros Peralta, T., Mehndiratta, S. and Ochoa, M. C (2014). *Gender, Travel and Job Access: Evidence from Buenos Aires*. World Bank, Washington, DC. *World Bank Group*.

Rivero, L. y Scataglini, F. (2020) *Mi identidad, mi derecho. Análisis del acceso a la salud de las mujeres trans en el hospital Iturraspe y el CEMAFE de la ciudad de Santa Fe.* Tesina de grado. Licenciatura de Trabajo Social. Universidad Nacional del Litoral.

Sbodio, M. (2018). *Más allá de la "lesión". Un estudio de caso sobre políticas de salud trans en Santa Fe* (Tesis de Licenciatura). UNL.

Scott, J. (1986). "Gender: A Useful Category of Historical Analysis". *Am. Hist. Review,* 91.1053-75.

Schwarz, P. K. N. (2022a). "Reflexiones acerca de la accesibilidad a los servicios de salud en materia de derechos sexuales en Argentina". En *II Congreso Internacional de Ciencias Humanas. Actualidad de lo clásico y saberes en disputa de cara a la sociedad digital.* UNSAM, noviembre de 2022. Ciudad de Buenos Aires.

—. (2022b) Telemedicina y navegación de pacientes con cáncer de mama. Un estudio en 4 hospitales públicos de Argentina. *Revista Astrolabio.* Universidad Nacional de Córdoba.

—. (2022c) Desigualdades sociales y vulnerabilidades en dispositivos institucionales de eHealth desde la perspectiva de profesionales de la salud. Un análisis con enfoque de género. En Petracci, M. (Ed.) *Comunicación y Salud. eHealth, entre luces y*

sombras. Buenos Aires: Teseo.

—. (2016). *Maternidades en verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones. Mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar.* Buenos Aires: Biblos.

Stolkiner, A. y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. *La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.* Buenos Aires: Dunken.

Taylor, S. y R. Bogdan (1996), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós.

Venticinque, V. (2017) Salud pública y desafíos en la ciudad de Rosario. Recuperado de: https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/5426/Veinticinque.pdf?sequence=3&isAllowed

Yañez, S. (2019) We Aren't All the Same: The Singularity of Reproductive Experiences amidst Institutional Objectification in Argentina's Public Maternal Health Services. *Journal of Feminist Scholarship*, n° 15, pp. 61-80, 2019.

Capítulo 2

El Trabajo de campo: ¿cómo, dónde y por qué? Descripción y reflexiones desde una perspectiva feminista

Florencia Maffeo, Chantal Medici, Paulina Serú, Leila M. Passerino, Leila Abdala, Valeria Venticinque, Pablo Ferrari Gaibazzi, Carolina Barón y Mónica Cassini

El proyecto de investigación que da origen a este libro tuvo su trabajo de campo entre julio y noviembre de 2023. Entendiendo al campo como al referente empírico de una investigación, que implica un recorte de lo real, delimitado por las interacciones entre informantes e investigadores/as (Guber, 2004), este trabajo implicó definiciones varias. Por un lado, en lo referente al tema que se aborda, por otro, a los actores sociales relevados, y, por último, respecto a los territorios. Tras estas delimitaciones conceptuales y empíricas, pasamos a la realización efectiva del trabajo de campo, con su preparación, desarrollo y cierre, con las potencialidades y obstáculos implicados, dado que fue en realidad la realización no de uno sino de tres trabajos de campo en simultáneo, en las provincias de Mendoza, Buenos Aires y Santa Fe.

A partir de las definiciones conceptuales y teóricas y el enfoque metodológico, expuestas en la introducción de este libro, en este capítulo, en primer lugar, relatamos cómo fue la preparación y desarrollo del trabajo de campo, cuáles fueron los principales desafíos y obstáculos que se presentaron, así como las fortalezas del trabajo realizado colaborativamente entre equipos de investigación. En segundo lugar, describimos los territorios donde se realizó y, en tercer lugar, las principales características de la muestra relevada. Por último, esbozamos una serie de preguntas y reflexiones sobre el trabajo de campo interdisciplinario desde una perspectiva feminista.

Preparación y desarrollo del trabajo de campo

En base a las conceptualizaciones desarrolladas en la introducción de este libro se definieron los sujetos de nuestra investigación. Nuestras unidades de análisis y observación son personas en cargos de gestión de áreas de salud, salud sexual y/o género, profesionales de la salud y activistas que trabajan cuestiones vinculadas a los derechos sexuales en territorios vulnerabilizados, y mujeres cis, lesbianas, personas trans y no binaries usuarias del sistema de salud, residentes de territorios vulnerabilizados en contextos de pandemia y pospandemia por COVID-19 en las áreas metropolitanas de Buenos Aires y Mendoza y Ciudad de Santa Fe.

Partimos de un enfoque metodológico cualitativo, buscando recuperar el punto de vista de les actores (Hernández Sampieri *et al.*, 2007), a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas, que nos permitieran comparar los datos, pero, a la vez, ser lo suficientemente flexibles para dar lugar a las cuestiones emergentes.

La elaboración de las guías de pautas para la realización de las entrevistas fue iniciada por el equipo coordinador[1], luego, los equipos de las tres provincias[2] revisaron las guías e hicieron aportes que fueron integrados a la redacción final. Las entrevistas fueron realizadas entre julio y noviembre de 2023, tanto de modo presencial como virtual, por medio de plataformas de videollamada, de acuerdo con la preferencia de las personas entrevistadas. Antes de iniciar cada entrevista, se les explicó a las personas entrevistadas que su participación sería voluntaria, confidencial y anónima, y que, si estaban de acuerdo, se grabaría la conversación para facilitar el posterior análisis de los datos. Tras esto, cada persona firmó un consentimiento informado, que explicita el resguardo del anonimato tanto en el relevamiento, como también en el análisis y las publicaciones científicas.

1 El equipo coordinador estaba compuesto por la Dra. Patricia K. N. Schwarz, a cargo de la dirección del proyecto y las Dras. Graciela Di Marco, Claudia Anzorena y Leila M. Passerino, responsables de las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Santa Fe respectivamente.

2 Las personas que integraron los equipos son profesionales de diferentes áreas (sociología, psicología, medicina, ciencia política, comunicación, social abogacía), algunas con mayor dedicación a la investigación, otras con una inserción incipiente. Las integrantes del nodo AMBA fueron: Chantal Medici, Florencia Maffeo, Paula Azpelicueta, Andrea Schenk, y Mónica Cassini. Por el nodo Cuyo participaron: Romina Accosatto, Paulina Serú, Lucas Marucci, Carolina Barón, Pablo Ferrari Gaibazzi. Del nodo centro participaron: Leila Abdala, Valeria Venticinque, Agustina Rúa, Maite Martín.

En cuanto a las dificultades en la realización del trabajo de campo, es dable destacar que el segundo semestre del año 2023 estuvo marcado por el contexto electoral, lo cual complicó el contacto con personas pertenecientes al funcionariado estatal. Este contexto implicó una escasez de tiempo y disponibilidad para las entrevistas y una posible reticencia a conversar sobre temas que podrían resultar controvertidos, como el acceso a la salud en pandemia. Para sortear algunos de estos obstáculos, algunas entrevistas a funcionaries fueron realizadas de manera virtual, sobre todo con aquellas personas que no querían dialogar en sus espacios de trabajo.

Este contexto también pudo haber generado cierta desconfianza por parte de las organizaciones y sus integrantes para brindar entrevistas y/o articular con posibles usuarias a ser entrevistadas, lo cual limitó el acceso a nuevas entrevistas a partir de aquellas con quienes ya se tenía un vínculo previo.

Como consecuencia, la bola de nieve a través de la cual se esperaba lograr la mayor proporción de las entrevistas, especialmente en lo que respecta a les usuaries, se dio con menor impulso y mayor lentitud, y una buena parte del trabajo de campo dependió de los vínculos previos de quienes integran el equipo. En varios barrios, el ingreso al campo y el contacto con les usuaries fue a través de militantes de organizaciones sociales, y también se hicieron contactos con personas a la entrada de servicios de salud.

Asimismo, al ser la salud sexual una temática que aborda la intimidad y la sexualidad de las personas fue relevante el encontrar tiempos y formatos de entrevista que sean cómodos para las personas usuarias entrevistadas, lo que llevó a demorar las fechas de entrevista en pos de mejorar el relevamiento de datos. Para generar un espacio de comodidad y confianza en la situación de entrevista, algunas de estas fueron realizadas en las viviendas de les usuaries cuando se encontraban en soledad, sin la presencia de otros miembros del hogar. En los casos en los que esto no era posible, las entrevistas fueron llevadas a cabo en plazas o en espacios comunitarios de los propios barrios.

Como fortalezas de este trabajo de campo destacamos la aplicación de guías de entrevistas, elaboradas en conjunto entre tres equipos de investigación, en diversos territorios, permitiendo la comparabilidad de los datos. Esto implicó no sólo la construcción colectiva de las herramientas y la coordinación de los tres trabajos de campo en simultáneo, sino también la capacitación y puesta en común de los equipos de investigación en diferentes momentos, permitiendo la revisión del trabajo y la reflexividad y vigilancia epistemológica de las/os investigadoras/es participantes de los tres equipos.

Descripción de los barrios donde se desarrolló el trabajo de campo

Como expusimos antes, el trabajo de campo se llevó a cabo en las áreas metropolitanas de Buenos Aires (AMBA), el Gran Mendoza y la Ciudad de Santa Fe. Estos son tres de los diez aglomerados más populosos de la Argentina, y concentran cerca del 25 % de los barrios populares del país, según el Observatorio de barrios populares[3].

Una primera selección de los territorios vulnerabilizados se hizo a partir de la definición que se presenta en el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP). El Decreto 2670/2017 que creó dicho registro, define estos barrios como:

> urbanizaciones informales que se constituyeron mediante distintas estrategias de ocupación del suelo, que presentan diferentes grados de precariedad y hacinamiento, un déficit en el acceso formal a los servicios básicos y una situación dominial irregular en la tenencia del suelo, con un mínimo de OCHO (8) familias agrupadas o contiguas, en donde más de la mitad de sus habitantes no cuenta con título de propiedad del suelo, ni acceso regular a al menos DOS (2) de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal).

Si bien no todos los barrios analizados se encuentran en el registro del RENABAP, consideramos dentro de la muestra aquellas urbanizaciones que cumplieran al menos alguna de las características mencionadas, considerando especialmente las condiciones de precariedad de la vivienda y hacinamiento, y dificultades de acceso a servicios básicos (energía, agua potable, efluentes cloacales, calefacción).

A continuación, daremos una descripción de los barrios relevados de cada aglomerado urbano.

Santa Fe

Para esta investigación se eligieron dos barrios vulnerabilizados de la ciudad de Santa Fe: La Vuelta del Paraguayo (LVDP) y Barrio Yapeyú, por lo que se hicieron la mitad de las entrevistas en cada barrio.

3 De acuerdo con los datos relevados por el Observatorio de barrios populares, dependiente del Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP), existen 1168 barrios populares en el AMBA, 220 en el Gran Mendoza, y 102 la Ciudad de Santa Fe y sus alrededores.

El barrio ribereño La Vuelta del Paraguayo (LVDP) está ubicado al este de la ciudad de Santa Fe. Con más de un siglo de existencia, se localiza en el valle aluvial del río Paraná, y se encuentra habitado por aproximadamente 220 familias. Posee características de un barrio empobrecido: no cuenta con servicio regular de agua potable, luz, cloacas, recolección de residuos, y tampoco ingresan medios transporte público, entrando en la denominación de barrio popular. Como señala Martínez (2024), el barrio no se consolida como espacio estrictamente urbano por la particularidad "ribereña" del territorio, aunque dada la cercanía y característica de la costa de la ciudad de Santa Fe, las formas de vida resultan próximas a las dinámicas de la ciudad.

Una de las particularidades de este barrio es que cíclicamente sufre inundaciones. En este sentido, para la cotidianidad de las familias, el orden espacial se encuentra estrechamente vinculado con las crecidas y bajantes del río. Ello supone formas de habitar un territorio condicionado por las dinámicas del río y un tipo de territorialidad ribereña atravesada por riesgo hídrico (Acebal y Crovella, 2018). También, en ocasiones, caracterizado por procesos violentos de relocalización y desalojo de poblaciones que viven a la vera del río, que se tensiona con estrategias comunitarias de los propios vecinos, de planificación conveniente y en convivencia con el río (Acebal, 2023).

En circunstancias de inundación, los modos de habitar el espacio se transforman, y la vida en el barrio supone una reorganización en las propias casas o la inevitable evacuación a refugios provisorios. Desde una perspectiva de género, es importante reparar en que son las mujeres quienes principalmente asumen las tareas de reproducción y se encuentran más expuestas a los ciclos del río, a las condiciones e incomodidades vinculadas a la "domesticación del espacio" (Martínez, 2024).

El segundo barrio santafesino seleccionado, Barrio Yapeyú, nace cuando mediante un decreto del año 1953 (Redero y Bonetti, 2003) se determinó que un número de familias que vivían a orillas del río Salado fueran desalojadas. Deliberadamente y sin otras posibilidades, estas personas fueron trasladadas a la frontera norte de la capital santafesina al Barrio de Emergencia, primera denominación que recibirá el hoy conocido como Barrio Yapeyú. Es significativo destacar que el norte y el noroeste de la ciudad se caracterizaron históricamente por la escasa provisión de equipamientos e infraestructuras urbanas, la discontinuidad del tejido urbano, la irregularidad dominial, la escasez de espacios verdes por habitante y un ambiente degradado por los microbasurales (Soldano y Beretta, 2023). De esta manera, y en este escenario, se fue constituyendo una de las primeras barriadas de emergencia de la ciudad con 125 casillas, viviendas precarias, que alojaron a les lugareñes más recientes.

Pasados más de 70 años, este espacio fue mutando y definiendo sus límites geográficos, acompañado de su crecimiento poblacional. De la misma forma, este territorio que supo ser un descampado dedicado a la cría de animales, con el tiempo fue construyendo su identidad. Así, por ejemplo, la religiosidad se observa como una particularidad que determina la estética barrial y las representaciones sociales de quienes habitan el Yapeyú.

Actualmente, coexisten en el barrio Yapeyú les residentes que subsisten en la precariedad estructural y las nuevas poblaciones migrantes que construyen sus propios asentamientos (Álvarez, 2023). Se estima que, entrada la segunda década del siglo XXI, este territorio barrial cuenta con algo más de 25.000 habitantes. En este sentido, actualmente el barrio presenta serias dificultades para sostener la cotidianidad, las necesidades abundan en relación con lo habitacional y con los servicios básicos, además de otras preocupaciones que afectan a la convivencia, entre las que se destacan la inseguridad, el consumo problemático y las violencias (Álvarez, 2023).

Gran Mendoza

El Gran Mendoza es un aglomerado urbano que comprende la totalidad del municipio de la Ciudad de Mendoza y se extiende sobre parte de otros municipios: hacia el oeste Godoy Cruz, Guaymallén hacia el este, Las Heras hacia el norte, y Luján de Cuyo y Maipú hacia el sur. En las periferias urbanas de este aglomerado se ubican barrios de sectores medios y bajos que en su mayoría fueron construidos a partir de políticas de vivienda social del Instituto Provincial de la Vivienda y otros Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI). Magdalena Tosoni (2016) explica que estas zonas experimentaron en las últimas décadas un proceso de suburbanización, heterogeneización y jerarquización del territorio producto del crecimiento de asentamientos irregulares en las periferias –que luego fueron radicadas en barrios de vivienda social–, la influencia de la discontinuidad en las políticas provinciales de vivienda, y su contraste con el acelerado y sostenido desarrollo del negocio inmobiliario que construyó ostentosos barrios privados. Todo esto dio lugar a que las periferias del Gran Mendoza muestren un paisaje suburbano desigual en cuanto a provisión de servicios, ocupación del territorio, calidad en las construcciones de vivienda y características de los hogares que allí habitan.

Los datos censales disponibles (DEIE, 2024) muestran que la presencia de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas en estos departamentos es significativa; no sólo en lo relativo al departamento sino también por su peso en el total de la provincia, ya que al tratarse de los departamentos más poblados

sus índices de NBI influyen de manera considerable en la realidad provincial. Las entrevistas se han realizado principalmente en barrios ubicados hacia el oeste del trazado urbano de Godoy Cruz, en zonas de Las Heras y en zonas de ciudad de Mendoza colindantes con Las Heras.

La zona metropolitana del departamento de Godoy Cruz se caracteriza por una densa concentración urbana en el extremo este, extendiéndose hacia el oeste sobre el pedemonte cordillerano. Los barrios conocidos como de zona oeste son principalmente de vivienda social, en su mayoría cuentan con calles pavimentadas, servicios de transporte público y servicios municipales, rasgos que van volviéndose menos frecuentes a medida que se avanza hacia el pedemonte rururbano y hacia el sur. Para las poblaciones más alejadas, esto ha implicado dificultades en el acceso a servicios como el agua, el gas y las cloacas. A su vez, estos barrios se encuentran muy cerca de una de las cuencas hidrográficas de la provincia y su presencia allí ha generado cierta desertificación (Grünwaldt, Pedone y Pesalaccia, 1994), por lo que la actividad torrencial suele generar consecuencias para estas poblaciones inundando las calles y provocando deterioros en sus viviendas y en la infraestructura de sus barriadas.

En esta zona existen tres centros de salud (dos provinciales y uno municipal), un centro de salud destinado exclusivamente a la atención de adolescencias y juventudes, un Hospital público y una posta sanitaria ubicada en la zona rural hacia el oeste. Este conglomerado de barrios está conformado por B° Parque Sur, B° Villa del Parque, B° Gráfico (S7 y S8), B° SUPE, B° Los Horneros, B° Los Cerrillos, B° San Ignacio, B° Empleados de Comercio, B° Judicial, B° Los Glaciares, B° República del Brasil, B° Bella Vista, B° Suarez, entre otros. La red de transporte público brinda una buena accesibilidad, ya que la zona cuenta con varias líneas de colectivos, de frecuencias regulares y la distancia al centro capitalino no supera los 10 kilómetros. Como parte de la vida comunitaria, es pertinente mencionar que, en algunas de las plazas y bulevares, los fines de semana se realizan ferias populares para la compra y venta de usados y productos artesanales entre vecinas y vecinos, estrategias del uso del espacio público que son parte de la economía popular y de subsistencia de estos barrios.

Los distritos que conforman el municipio de Mendoza capital, denominados "secciones", también muestran signos de desigualdad socioeconómica y fragmentación territorial. Más allá del centro cívico, caracterizado principalmente por la presencia de comercios, edificios de gobierno y algunas manzanas de locales recreativos, gastronómicos y hoteleros, las áreas residenciales donde viven las poblaciones locales contrastan fuertemente entre sí. Por un lado, de manera colindante con el centro cívico, la Cuarta Sección-oeste, la Quinta, la Sexta

Sección, se caracterizan por ser zonas consolidadas de viviendas de clase media-alta y clase media, con calidad en sus servicios públicos, buena pavimentación, presencia y mantenimiento de espacios verdes, luminaria pública moderna, seguridad urbana. A medida que las secciones se alejan del centro cívico estas características se van deteriorando, principalmente en el oeste de la capital, hacia el noroeste en su límite con el departamento de Las Heras y hacia el noreste en su límite con el departamento de Guaymallén (Sección Cuarta-este).

En la zona oeste de la ciudad de Mendoza encontramos los barrios populares más grandes, como el Barrio La Favorita (conformado por 35 barrios) y el Barrio San Martín, también el Olivares y los Barrios Flores. Muchas de estas barriadas comenzaron siendo asentamientos y tomas de tierras, que surgieron de procesos autogestivos de organización vecinal, en conflicto con los gobiernos municipal y provincial. Por este motivo algunos lugares aún no cuentan con un buen trazado urbano, tienen serias dificultades para el acceso a la red de gas y cloacas y permanecen sin ser pavimentados. Estas barriadas también ven afectada su calidad de vida por los continuos cortes en los servicios de agua y luz, y por la presencia en sus cercanías de basurales a cielo abierto y descampados donde se arrojan los residuos urbanos del resto de la ciudad. La situación de las conexiones de transporte en estos lugares también varía entre sí, algunos de ellos se encuentran mejor conectados por ser aledaños a sitios como el campus universitario, el Hospital (la maternidad más grande de la provincia) o avenidas principales como la Boulogne Sur Mer. Sin embargo, aquellos barrios que se encuentran sobre el pedemonte hacia el oeste de la ciudad como lo son La Favorita o los barrios aledaños a El Challao, cuentan con menos líneas de conexión.

El Barrio Cano, donde vive una de las personas entrevistadas, se ubica sobre Av. Boulogne Sur Mer, entre la Sexta sección y el Barrio San Martín y está conformado por un conjunto de torres monoblock antiguas, con más de 500 departamentos concentrados en pocas manzanas. Son viviendas de pequeñas dimensiones, habitadas por familias de clase media-baja y clase baja, en su amplia mayoría inquilinos. La infraestructura del barrio contrasta con la zona debido a los problemas de su luminaria pública, el estado de sus calles y acequias, así como también los reiterados problemas de seguridad urbana. Jurado (2019) describe que este territorio funciona como puente entre los sectores sociales desiguales que conviven en la ciudad de Mendoza: los sectores medios-altos de la Sexta sección, y los sectores populares de los barrios del oeste. En los últimos años el Barrio Cano ha sido un espacio significativo en la configuración de la vida comunitaria de la zona. Esto se debe a la existencia y persistencia durante años de una feria popular americana organizada autogestivamente entre vecinas/os/es de ese y otros barrios, en uno de sus parques. Además de significar un proyecto de sustento económico fuertemente feminizado (ya que la mayoría de las feriantes y organizadoras son mujeres y disidencias), la feria del Cano se convirtió en un espacio de encuentro intersectorial donde asistían no solo vecines de este y otros barrios aledaños sino también de otros sectores de la ciudad. Esta feria fue fuertemente atacada por el municipio mediante reiterados intentos de desalojo y otras medidas para la obstaculización del uso del espacio público (Jurado, 2019).

Respecto a los efectores de salud, además del mencionado Hospital general, la zona oeste cuenta con dos centros de salud (uno provincial y otro municipal) en el B° San Martín, el CIC del B° Soberanía y dos centros de salud municipales en La Favorita. Además, la Universidad Nacional de Cuyo brinda atención a través del Centro Universitario de Salud Familiar y Comunitario (CUSFyC) dependiente de la Facultad de Cs. Médicas y de la Facultad de Odontología, ámbitos muy recurridos por les vecines de la zona.

Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

Según las definiciones del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) se compone por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los veinticuatro distritos de la provincia de Buenos Aires que la rodean: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López.

Dada la extensión territorial, no se hicieron entrevistas en todos los municipios, sino que, a partir de los contactos con organizaciones y profesionales de la salud que teníamos para iniciar el trabajo de campo se fueron eligiendo los territorios, tratando de obtener información de diferentes lugares. De este modo, se hicieron entrevistas a personas que viven, trabajan y/o militan en la CABA, particularmente en los barrios de Villa Lugano, La Boca, Pompeya, Retiro, Barracas, y en los municipios de La Matanza, Morón, Pilar, Moreno, San Miguel, y José C. Paz.

Este conglomerado urbano, a diferencia de los descritos previamente, tiene la particularidad de la división jurisdiccional entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires. Sin embargo, las personas transitan cotidianamente de un lado a otro de la General Paz, avenida que divide ambas jurisdicciones. Si bien la población residente de la CABA, según el

último censo nacional de población, hogares y viviendas del INDEC en el 2022, es de 3.120.612 personas, se calcula que alrededor de dos millones de personas se trasladan diariamente a la ciudad, pero residen en el conurbano, cuya totalidad de habitantes es de 10.865.182. Este traslado lo realizan les usuaries por sus propios medios y criterios, sin derivación. También lo hacen les habitantes del conurbano yendo a atenderse a servicios pertenecientes a distritos diferentes a los de su residencia.

Otra cuestión en lo respectivo a salud es la gestión de los efectores y sus recursos. Según Magdalena Chiara (2019), "la oferta de servicios (en hospitales y centros de salud) y los recursos financieros disponibles en uno y otro territorio revelan enormes brechas en relación con la magnitud de la demanda a la que deben de dar respuesta" (2019: 2). Alrededor del 14 % de la población mayor de 18 años que vive en el conurbano se traslada a CABA para recibir atención médica, y sólo un 4 % de residentes porteños lo hace en servicios del conurbano (Chiara, 2019). De la población de la CABA, solo el 19 % se atiende exclusivamente en servicios de salud pública, el resto tiene obra social (45 %) o prepaga (30 %) (Dirección General de Estadísticas y Censos - CABA, 2022), en cambio, el 35,4 % de la población del conurbano no tiene ninguna cobertura de salud, según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, realizado por el INDEC en 2022.

En cuanto a la oferta de servicios de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existen 29 hospitales públicos y 46 CeSAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria), que son servicios de atención primaria de la salud, que dependen del gobierno de la ciudad. En el conurbano, la situación es mucho más dispar. Los servicios de atención primaria son de gestión municipal, por lo que la cantidad y distribución varía entre cada distrito. Los hospitales son de gestión nacional y provincial o municipal, habiendo algunos municipios, como Moreno, que no tienen efectores hospitalarios municipales. Existen en el conurbano 7 establecimientos nacionales o donde interviene el financiamiento del Estado nacional y provincial. Algunos atienden poblaciones específicas, como los hospitales penitenciarios, otros son hospitales generales, de mediana y alta complejidad, y uno de ellos creado bajo la Ley SAMIC, que implica la cogestión (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2021). Además, hasta el 2019, en este territorio había 33 hospitales provinciales y 39 municipales, y 13 Unidades de Pronta Atención (UPA), que no cuentan con internación, y 763 efectores de atención primaria de la salud (Chiara, 2019).

Descripción de la muestra

Para esta investigación, se aplicó una técnica de muestreo no probabilística, intencional y por bola de nieve. En total, se efectuaron entrevistas a 89 personas: 32 personas habitantes del área metropolitana de Buenos Aires, 33 de la ciudad de Santa Fe, y 23 del Gran Mendoza.

Personas entrevistadas	AMBA	Santa Fe	Mendoza	Total
Profesionales de la salud	8	8	10	25
Integrantes de organizaciones	15	5	4	24
Usuaries de servicios de salud	6	15	5	26
Funcionaries	4	5	5	14
Total de personas entrevistadas	**32**	**33**	**24**	**89**

Las personas entrevistadas con cargos de gestión estatal se desempeñaban en diferentes niveles: 2 de ellas en el Ministerio de Salud de la Nación, 5 referentes de organismos de salud provinciales (2 de Santa Fe y 4 de Mendoza), 3 personas a cargo de organismos municipales de salud y salud sexual (2 de municipios de provincia de Buenos Aires, y 1 de un municipio de Mendoza), y 3 personas en áreas de género y diversidad sexual municipal (de Santa Fe).

En cuanto a las/os profesionales de la salud entrevistados/as, que fueron en total 25 personas, sus profesiones eran: 7 trabajadoras sociales (4 localizadas en Mendoza y 3 en AMBA), 6 médicas y médicos generalistas (2 en AMBA y 3 en Santa Fe), 3 médicas toco-ginecólogas (1 en Mendoza y 2 en Santa Fe), 3 licenciadas en obstetricia (1 en Mendoza y 2 en AMBA), 2 psicólogas (1 en Mendoza y 1 en Santa Fe), 2 enfermeras (Santa Fe), 1 médico obstetra (AMBA), 1 socióloga trabajadora en el ámbito de la salud (Mendoza), 1 técnica universitaria en gestión y administración de instituciones públicas (Mendoza). Vale aclarar que, si bien la mayoría se desempeña en servicios de salud estatales, dos de las trabajadoras sociales mendocinas desarrollan su actividad en la obra social del personal estatal.

Además, se entrevistaron 24 integrantes de organizaciones sociales y feministas, en 18 entrevistas (dos de las entrevistas fueron grupales). Por un lado, se entrevistaron a integrantes de siete organizaciones que se dedican exclusivamente a trabajar sobre acceso a los derechos sexuales, en particular en el acompañamiento y atención de personas en situación de aborto. Por otro lado, se relevaron organizaciones territoriales, la mayoría de ellas forma parte de movimientos de trabajadores/as desocupados/as y de la economía social. Cinco de ellas se encontraban en los barrios de Villa Lugano, Barrio Mugica,

Barrio 21-21 (ex Zavaleta) pertenecientes a la CABA. En el conurbano bonaerense, se entrevistaron a integrantes de organizaciones con trabajo en Villa Celina y Ciudad Evita (Partido de La Matanza), San Miguel, y Barrio Güemes (partido de Moreno). De las organizaciones santafesinas, se entrevistaron a una organización con trabajo territorial y otra dedicada a los derechos de la población LGBT, con desarrollo en el Barrio Vuelta de Paraguayo, y a integrantes de una organización que acompañaba abortos en la ciudad. En Mendoza, se entrevistó a una organización dedicada a salud sexual, y a una organización territorial, con trabajo en el barrio San José (departamento de Guaymallén). Asimismo, se hicieron entrevistas a organizaciones que trabajan por los derechos de grupos poblacionales específicos (migrantes, personas con discapacidad), abordando las cuestiones de género interseccionalmente (una a nivel nacional, y una ubicada en el AMBA).

Respecto a las personas usuarias del sistema de salud, se entrevistaron a mujeres cis (19) y trans (4), así como a varones trans (1), lesbianas (1) y no binaries (1), elaborando la muestra de acuerdo con el lugar de residencia. En AMBA se entrevistaron personas residentes del Barrio La Loma (Laferrere, partido de La Matanza), Barrio Espora (Nueva Pompeya); Villa 20 (Villa Lugano) y Villa Escobar (Francisco Álvarez, partido de Moreno), y del Barrio Carlos Gardel (El Palomar, partido de Morón). En Mendoza se entrevistaron a personas residentes del Barrio Los Horneros, Barrio Villa del Parque ambos de la Zona oeste de Godoy Cruz, Barrio El Challao ubicado sobre el pedemonte en el municipio de Las Heras, y los Barrio Cano y Tercera Sección de Ciudad de Mendoza. Dos de ellas han vivido parte de sus vidas en los departamentos San Martín y Coquimbito de Maipú. El trabajo de campo del nodo centro se realizó en dos barrios de la ciudad de Santa Fe: 6 entrevistas en el Barrio Yapeyú, ubicado en la zona norte, y 9 entrevistas en el Barrio La Vuelta del Paraguayo.

Las edades de las personas entrevistadas fueron de los 15 y los 75 años, lo cual nos permite analizar experiencias en el sistema de salud desde diferentes etapas del proceso vital. De estas personas, siete tenían entre 15 y 25 años, seis entre 27 y 35 años, siete entre 36 y 45 años, cinco tenían entre 46 y 55 años, una de 60 de edad y la última con 75 años de edad. Respecto al nivel de estudios, encontramos que todas las personas llegaron al menos a cursar la escuela secundaria: 7 de ellas tienen el secundario incompleto, 10 el secundario completo, 7 iniciaron estudios terciarios o universitarios, y 2 finalizaron estudios terciarios.

Reflexiones finales

Como plantea Roxana Guber, el trabajo de campo no sólo implica a las actividades de relevamiento de información, como la realización de entrevistas, encuestas y observaciones, sino que también supone la interpretación y elaboración intelectual del conocimiento, por lo que las "prácticas teóricas, de campo y del sentido común se reúnen en un término que define al trabajo de campo: la reflexividad" (2004: 49). Esta reflexividad, desde un enfoque relacional, alude a las decisiones que se van tomando a lo largo del trabajo de campo (Guber, 2004). Como dimos cuenta en los párrafos anteriores, diversas fueron las decisiones que hemos tomado durante esta investigación. Desde los enfoques teóricos y metodológicos hasta la selección de informantes. Pero también, aquellas que sucedían en el transcurso del trabajo de campo, a partir de preguntas que surgían durante nuestra tarea.

¿Hasta qué punto insistir con una persona para concretar una entrevista? ¿Priorizamos las entrevistas cara a cara o damos lugar a entrevistas en entornos virtuales? ¿Cómo generar el *rapport* con personas desconocidas a las que les pedimos hablar sobre su sexualidad y su salud? ¿Es el anonimato algo deseable para toda investigación, o hay sujetos que consideran como un acto político visibilizar sus nombres en los resultados de un trabajo como este? Siendo la participación en las entrevistas voluntaria y sin retribución económica, ¿Qué otras retribuciones hacemos a estas personas que nos brindan su tiempo y sus relatos para llevar a cabo nuestra investigación?

Fuimos respondiendo a estas preguntas paso a paso y de manera colectiva, en diálogos dentro y entre los equipos de investigación. Para acordar las entrevistas, priorizamos la modalidad que resultara mejor a cada persona, lo que llevó en algunos casos a organizar entrevistas en entornos virtuales, con plataformas de video llamada, y en otros, improvisar un entorno amigable para una entrevista en un café o estación de servicio, y hasta visitamos las casas y espacios de trabajo de profesionales y organizaciones. Esto nos llevó a tomar nota también de la cotidianeidad de nuestros informantes, las que se colaban por las videollamadas, y de las que participamos por un rato en nuestra visita. Así, también fuimos por momentos pacientes en sala de espera y promotoras de salud en veredas de barrios.

Lograr el *rapport* en tan diversos escenarios fue un desafío, pero también un aprendizaje, en el que los intercambios entre investigadores/as fueron clave. Al ser equipos interdisciplinarios conformados por personas con diferentes trayectorias profesionales (sociólogas, comunicadoras, médicos, psicólogas, politólogas, abogadas), y distintos niveles de formación en la investigación,

poder pensar en conjunto nos facilitó el intercambio de herramientas metodológicas, esos pequeños trucos del oficio que brindan confianza sobre todo a quienes recién se inician en esta tarea. Pero como no existen manuales para todas las situaciones, la reflexividad se pone a prueba en cada paso.

Desde una perspectiva feminista, dimos lugar a la escucha, pero también al diálogo, y ese fue también nuestro aporte a nuestras informantes. Desde el intercambio de información sobre el funcionamiento de algunos programas de salud, hasta debates sobre la efectividad de determinados métodos anticonceptivos. Siguiendo a Oakley (1981), la entrevista comprende a las subjetividades de la persona entrevistada y de quien entrevista, y el intercambio de información también favorece al diálogo y al *rapport*. La puesta en común de experiencias propias de las/os entrevistadoras/os favoreció en muchos casos a la construcción del diálogo entre dos personas que no están en una posición simétrica. Esto llevó, en varios casos, a un intercambio de información sobre la salud sexual, y a una escucha activa y registro de experiencias, que fue también valorado por las personas entrevistadas, tanto en términos de procesos personales como de reconocimiento del activismo: "Creo que fuiste un poco de psicóloga, un poco de trabajadora social (risa). Fuiste por ahí por puntos donde capaz que hace rato que no lo hablaba" (Daiana, usuaria del sistema de salud, 24 años, AMBA).

Este libro también parte de la retribución a quienes oficiaron de informantes. Que esta publicación llegue a sus manos, que sirva de aporte a sus prácticas profesionales, de militancia y de vida, es también nuestra forma de agradecer y de hacer activismo. El trabajo de campo sin su posterior análisis, interpretación y publicación pierde su razón de ser. Como investigadoras/es, confiamos que este trabajo colabore en las reflexiones cotidianas y en la construcción de un conocimiento situado, de una praxis feminista que siga socavando los cimientos de la sociedad patriarcal.

Referencias bibliográficas

Acebal, A. (2023). Disputas en y por el territorio isleño del municipio de Santa Fe. El conflicto en torno a las mega obras de infraestructura extractivista y la infraestructura para la vida (2007-2019). Tesis de Doctorado, Universidad Nacional del Litoral, Estudios Sociales.

Acebal, A. y Crovella, F. (2018). Inundaciones recurrentes, territorialidades emergentes y desalojos latentes. Conflictos del habitar en el barrio La Vuelta del Paraguayo de la ciudad de Santa Fe a principios del siglo XXI. *Cuaderno Urbano*, Vol. 25, N° 25, 51-72. Recuperado de: https://revistas.unne.edu.ar/index.php/crn/article/view/3511.

Álvarez, L. (2023). Experiencias sociales de bienestar de un entramado socio urbano de la periferia del noroeste santafesino. Resumen ampliado para las Primeras Jornadas de Sociología del Litoral "Nuevos problemas públicos y subjetividades contemporáneas", 16 y 17 de noviembre de 2023, FHUC, UNL.

Bonetti, H. y Redero, J. J. (2003). La historia Yapeyú. Disponible en https://santafemibarrio.com.ar/historia-barrio-yapeyu/oria Barrio Yapeyú – Santa Fe Mi Barrio

Chiara, M. (2019). *Conurbano y CABA: mundos desiguales para la atención de la salud*. Instituto del Conurbano, UNGS. http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/?p=11705

Grünwaldt, E., Pedone, C., y Pesalaccia, M. (1994). Asentamientos humanos en la cuenca arroyo Maure (Mendoza). Multequina, n° 3, 157-165.

Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2007). *Metodología de la Investigación* (3º edición). McGraw-Hill Interamericana.

Jurado, E. (2019). "Ferias populares urbanas en la ciudad de Mendoza: territorialidades y espacio público". XXI Jornadas de Geografía de la UNLP, 9 al 11 de octubre de 2019, Ensenada. *Construyendo una Geografía Crítica y Transformadora: En defensa de la Ciencia y la Universidad Pública*. En [Actas]. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.13574/ev.13574.pdf

Martínez, M. A. (2024). "Tendremos que vivir en este lado": construcción de habitabilidad desde la perspectiva de género. *Territorios*, (50), 1-26. Disponible en https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/territorios/a.12511

Oakley, A. (1981). Entrevistando a mujeres: Una contradicción terminológica. En H. Roberts (Ed.), *Doing Feminist Research*.

Soldano, D. y Beretta, D. (2023). Entre el verdugueo y el confinamiento comunitario Experiencias juveniles durante la pandemia de COVID-19 en la periferia de Santa Fe. En Vommaro, Pablo, *Juventudes, democracia y crisis: pandemia, post-pandemia y después*. GEU.

Tosoni, M. M. (2016). *Una aproximación a las desigualdades sociales en la periferia heterogénea del Gran Mendoza*. II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología, Villa María, 6 al 8 de junio de 2016. Universidad Nacional de Villa María.

Fuentes

Dirección General de Estadísticas y Censos - CABA. (2022). *Buenos Aires en números. Año 2022. 9*(9). Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2022/10/2022_09_buenosaires_en_numeros.pdf

Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas. Gobierno de la Provincia de Mendoza. (https://deie.mendoza.gov.ar) Accedido 15 de marzo de 2024

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Recuperado el 07/06/2024 de https://www.indec.gob.ar

Ministerio de Salud de la Nación (marzo-agosto de 2020b): *Impacto de la pandemia COVID-19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva*. Recuperado el 28/02/2024 de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/Impacto_pandemia_COVID-19_respuestas_adaptativas_servicios_salud_para_garantizar_los_derechos_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. (2021). *Análisis de situación de salud en la población de la provincia de Buenos Aires*. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Disponible en https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2022/07/INFORME-ASIS-PBA-baja-resolucion.pdf

Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP). Observatorio de Barrios Populares. Recuperado el 07/06/2024 de https://www.argentina.gob.ar/capital-humano/familia/integracionsociourbana/renabap/observatorio-de-barrios-populares

Capítulo 3

Telemedicina y ejercicio de derechos sexuales. Prácticas y percepciones en contextos de pandemia y pospandemia

Patricia K. N. Schwarz

La telemedicina, en tanto utilización de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en el campo de la salud, es fruto de la articulación de iniciativas de Estados, de la institución biomédica, del mercado y de organismos supranacionales (particularmente Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud [OMS]). Se trata de desarrollos tecnológicos, pero también de una actitud, un tipo de pensamiento global en red que promete, entre otras cosas, abaratar costos y resolver el problema de la demanda y de la accesibilidad a los servicios de salud y a sus mercados de consumo (OMS, 2016 y 2019; Petracci y Schwarz, 2020; D´Agostino, 2015; Eysenbach, 2001).

El Estado nacional en Argentina entiende a la telemedicina como un componente de la telesalud y a esta como el conjunto de actividades, servicios y métodos relacionados con la salud que se llevan a cabo a distancia, con la ayuda de las TIC. Comprende 4 dimensiones: teleconsultoría, telegestión, teleducación y teleinvestigación (MSN, 2024).

El mismo año que se desencadenó la pandemia, Argentina avanzó en materia legislativa en el campo de la telemedicina. Fruto de urgencias del contexto sanitario se sancionó la ley de recetas electrónicas o digitales, cuyo proyecto de ley había sido presentado con anterioridad. Ésta permite la prescripción y dispensación de medicamentos de manera electrónica, así como también habilita la teleasistencia; y opera de manera complementaria con la ley de protección de los datos personales (datos sensibles, de salud) y la ley de derechos del paciente. Un artículo de esta última ley refiere a la historia clínica electrónica. También se incluyó, mediante resolución del Poder Ejecutivo Nacional,

al COVID-19 en la lista de enfermedades obligatorias de ser declaradas en el marco de la ley de notificación de enfermedades infecciosas. Acompañando este proceso legislativo, desde el Estado nacional se avanzó en la gestión de datos digitales, ecosistemas de integrabilidad digital y apoyo del desarrollo de la telemedicina en las provincias con capacitaciones, equipamiento y trabajo en red (integración de subsistemas) (Elicabe *et al.*, 2022; Schwarz, 2023).

Si bien se avanzó en el área legislativa, cuando comenzó la pandemia, Argentina tenía un recorrido hecho en materia de telemedicina. Si bien precario aun y ecléctico, en algunos servicios del país ya había recursos instalados previamente. Para referir solo a las bases más relevantes, podemos mencionar la creación del Plan Nacional de Telecomunicaciones Argentina Conectada en 2010, que incluyó en 2012 el Plan Nacional de Cibersalud. En 2018, se lanza la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024, en el marco de la cual se crea en 2019 el Plan Nacional de Telesalud (Elicabe *et al.*, 2022). Todas estas iniciativas buscaron desarrollar la digitalización del sistema público de salud a través del trabajo colaborativo en redes nacionales interinstitucionales.

Esta trayectoria previa a la pandemia nos permite comprender por qué prácticamente la totalidad de nuestres entrevistades entiende a qué refiere el término telemedicina, a pesar de que en ocasiones la naturalización de la incorporación de las TIC a la vida diaria (García Canclini, 2020) no permita verla con claridad en tanto estrategia sanitaria, sino como estrategias individuales cotidianas.

> Justamente la cotidianeidad está tecnologizada en ese sentido, entonces casi que cualquier acción de cualquier tipo tiene una tecnologización (personal de salud, Mendoza).

Este hallazgo coincide con el de investigaciones previas (Schwarz, 2022); intuimos al igual que aquellas, que esta dificultad para interpretar acciones de telemedicina como tales se debe, entre otros factores, a que éstas en general no están inscriptas formalmente en las políticas sanitarias, cuya implementación es precaria e inconstante, como veremos a lo largo de este capítulo.

Aquí analizamos los datos referidos a las prácticas de telemedicina del sistema público de salud de las tres provincias estudiadas en el proyecto de investigación que transversaliza al libro. Nos focalizamos en los puntos en común hallados en las tres provincias en pos de lograr un aporte para todas ellas. En principio abordamos los cambios dados a partir de la pandemia, en el campo de la telemedicina, detectados por las poblaciones estudiadas (usuaries, funcionaries, militantes y personal de salud). Luego, describimos y analizamos las prácticas actuales de telemedicina en las tres provincias. El siguiente apartado da cuenta de las críticas y resistencias a la implementación de la telemedicina, siguiendo con lo referido a los sistemas de otorgamiento de turnos, la historia clínica electrónica (HCE) y a la infraestructura, para finalizar con algunas reflexiones generales.

Prácticas de telemedicina

A partir de la pandemia…

Si bien, tal como vimos en la introducción, en las tres provincias existían iniciativas de telemedicina previas a la pandemia, este contexto aceleró y profundizó su incorporación. La mayoría de las estrategias implementadas siguieron funcionando posteriormente.

Por un lado, prácticamente la totalidad de les entrevistades detectan que durante la pandemia los servicios de salud pública desatendieron las demandas de la población en cuanto a la salud sexual. Por otro lado, consideran beneficiosos los instrumentos de telemedicina implementados para el funcionamiento cotidiano de los centros de salud.

La única excepción respecto de los beneficios percibidos es lo referido a la entrega de turnos, como analizaremos más adelante en el apartado correspondiente.

> La Pandemia nos dejó algo bueno que fue el tema de la telemedicina y toda la digitalización y la despapelización. Esto contribuye al medio ambiente, contribuye a todo y a la celeridad (funcionaria, Mendoza).

> Lo que sirvió del COVID es que se generaron herramientas que ahora se siguen utilizando en cuanto a la digitalización de cosas. Por ejemplo, algunos estudios, es más fácil que el médico los tenga a la vista porque el sistema se ha integrado… Y eso agiliza un montón, y eso también queda en la historia clínica. En ese sentido es bueno (usuaria trans, Mendoza).

> Hemos atendido gente de otras provincias, viste, entonces, o gente que se va a otras provincias y tenés que articular con las áreas de género de ahí, y ¿cómo las conseguís? por la web. La verdad que es una herramienta fundamental para todo (personal de salud, Buenos Aires).

También el uso de TIC es protagonista en acompañamientos de IVE por parte de organizaciones feministas. Cabe aclarar que, tal como se reseña en el resto de este libro, la presencia de organizaciones feministas en el

acompañamiento de interrupciones legales del embarazo (ILE) y de IVE, así como en la constante lucha por la sanción de esta última ley, datan de los orígenes de la democracia en Argentina. Es por esta razón que la incorporación de recursos tecnológicos a sus iniciativas fue avanzando a la par del desarrollo de las TIC en el mercado (Acosta, 2020; Burton, 2021; Laudano, 2018).

> Yo creo que sin el acceso que tenemos, digamos, que nos permite el Internet en el teléfono, nosotras no podríamos haber, digamos, instrumentado los acompañamientos sin estar presencialmente con las pibas… imagínate que ellas, digamos, se relacionan con nosotras a través de las redes (militante de organización social, Santa Fe).

Dado que la sanción de la ley de IVE en 2020 coincidió con el momento más álgido de la pandemia, las novedades en las prácticas de telemedicina en salud sexual se atribuyen a ambos fenómenos simultáneos.

> Antes de la aprobación de la ley, sí se trabajaba mucho con el equipo de socorristas, que eran las chicas que por ahí brindaban más contención. Ellas se comunicaban conmigo directamente a mi teléfono personal, pero ellas tienen como una guía, una georreferencia de los centros de salud de Santa Fe y qué persona, qué médico por equipo de salud es el que accede a las IVE… nos llamaban y nos derivaban las pacientes. Entonces ahí sí teníamos como un contacto directo con estos equipos… pero la institución no tiene relación con organizaciones sociales (personal de salud, Santa Fe).

Otro aspecto valorado de las TIC, por el personal de salud, es su carácter de mediación en la relación con les usuaries; específicamente en lo referido a la carga emocional que conlleva la contención en situaciones de acompañamiento de IVE.

> …era de todos los días llegar la demanda las personas como muy ansiosas con la necesidad de resolverlo y como alojar toda esa ansiedad también era un bastante bastante para el equipo (personal de salud, Buenos Aires).

Paradójicamente, también encontramos expresiones de usuaries que valoran la mediación de las TIC pero en este caso por la sensación de cercanía que permiten con el personal de salud.

> [Comunicación vía WhatsApp con les mediques] Sirve mucho porque tenés un contacto más íntimo con tu médico (usuarie trans, Mendoza).

Esta ambivalencia entre la valoración positiva de las TIC por la distancia (según personal de salud) o cercanía (según usuaries) que implican, puede estar hablando del punto de referencia de las expectativas de ambas perspectivas. Cuando para les primeres el contacto estrecho es lo esperable –según su formación–, para les segundes lo habitual es esperar inaccesibilidad –de acuerdo con los datos de nuestro estudio–. En tal caso, las TIC resultan un punto medio entre ambas expectativas para el encuentro de usuaries y personal de salud.

Al mismo tiempo, tal como resulta de otras investigaciones, la percepción de distanciamiento con les usuaries a partir del uso de TIC, reduce el estrés y el agotamiento emocional del personal de salud producidos por las sobrecargas de trabajo y la angustia generada por la percepción de dolor físico y psicológico en otres. De acuerdo con hallazgos de investigaciones recientes, si la comunicación conserva rasgos de empatía, el bienestar de les usuaries no se verá afectado por esta distancia (Jiménez Rodríguez *et al.*, 2019).

La mediación de las TIC es interpretada también como disparador para propiciar la autonomía de les usuaries.

> … abrió un montón de cabezas. El tema del seguimiento y acompañamiento y el tema esto del desarrollo de la autonomía. Me parece que sobre todo eso, el tema de la autonomía o hacer hincapié en el desarrollo y el trabajo de la autonomía de las personas, sobre todo en pandemia, hizo mucha falta trabajar ahí porque eran personas que hacían los tratamientos solas… Entonces como creo, eso fue el cambio más grande, mitad pandemia, mitad ley (funcionaria, Mendoza).

El concepto de autonomía está prolíficamente trabajado en el campo de la salud. Específicamente en lo que refiere a la relación entre la autonomía de les usuaries y la telemedicina, es necesario considerar el contexto geopolítico en el que ésta se inscribe. La pandemia fue una ocasión oportuna para instalar una lógica cuya tendencia es previa. Se trata del progresivo traslado de responsabilidades sobre la salud hacia el sujeto individual. Esto es fruto de múltiples factores, entre ellos, la reducción del gasto público propio de la transformación de los Estados de Bienestar, el avance de Estados neoliberales y sus criterios en instituciones supranacionales. En la conjunción de la cultura occidental liberal y la biomedicina de la modernidad tardía, esta construcción subjetiva resulta en una ética somática –en términos de Nikolas Rose (2012)–, de responsabilidad individual sobre las condiciones de salud del propio cuerpo. Dado que la unidad ontológica e interpretativa de las TIC es el individuo

(Turkle, 1995), estos constructos históricos plasmados en una perspectiva individualista de la salud se refuerzan con el advenimiento de la telemedicina (Schwarz, 2021).

Para lograr autonomía, un factor imprescindible es disponer de información confiable. Aunque en apariencia, sobre todo a partir de la pandemia y de la ley de IVE, la información sobre temas de salud sexual abunda y es accesible online, nuestres entrevistades dan cuenta de lo contrario.

> Muchos no conocen que existe el 0800 y que es gratuito. Muchas no conocen si tienen que abortar, a qué centro recurrir. Saben que hay una ley, pero no saben a dónde ir… (militante de organización social, Santa Fe).

Esto último se vincula a la necesidad, también identificada por nuestres entrevistades, de avanzar en la alfabetización digital tanto de usuaries como de personal de salud, no solo para poder buscar información sino también para saber cómo dar con aquella que es confiable y/o chequear la fiabilidad de esta.

Lo que quedó… Prácticas actuales de telemedicina…

Desde el discurso de nuestres entrevistades (usuaries, funcionaries, militantes y personal de salud) hemos podido identificar el uso de los siguientes recursos digitales: Páginas web (para información y turnos), Redes sociales –WhatsApp, Facebook, Twitter, Instagram– (para información y turnos), Teléfono celular (para turnos, seguimiento de enfermedades crónicas, consultas específicas, consejerías de interrupción voluntaria del embarazo –IVE–, acompañamientos IVE, 0800 salud sexual, denuncias, coordinación/articulación entre instituciones), Software (para estadísticas, HCE, teleconferencias, capacitaciones, diagnósticos), correo electrónico (para turnos, acompañamientos IVE con órdenes de medicación y/o estudios diagnósticos, coordinación/articulación entre instituciones). Si bien nuestro relevamiento no agota las prácticas actuales de telemedicina en estas tres provincias porque la muestra de nuestro estudio no es representativa, sí nos permite analizar estas prácticas en particular, aun sabiendo que no son todas las existentes. De las prácticas identificadas podemos observar que, salvo los softwares y el 0800, todas las demás prácticas se sostienen sobre recursos gratuitos y en general de gestión individual, no institucional necesariamente. Tal como veremos más adelante en el apartado correspondiente, estos datos confirman la condición precaria e insuficiente de la infraestructura referida a telemedicina en el sistema público de salud.

> Si a mí el teléfono se me apaga, me quedo... en pelotas… yo ahora para todo necesito el teléfono. Para saber qué día es, qué hora es, siendo que tengo reloj. Para saber qué turno tengo, para saber qué... todo. Para todo yo necesito el teléfono. Y me siento una tonta mental, así. Porque para todo lo usamos (usuaria, Mendoza).

> Las agentes sanitarias que son las que recorren el territorio y creo que, en esto del acompañamiento a mujeres, cumplen un rol fundamental porque, son las que entran a la casa, las que tienen el contacto diario con la gente, tienen un lazo de confianza que tal vez otros profesionales hoy no tienen. Bueno, hay algunas agentes sanitarias, por no decirte la mayoría, que crean grupos de WhatsApp con la comunidad y por ahí se van informando de turnos, de cuándo viene el médico, de cuándo se entrega el control… van coordinando con la comunidad a través de la tecnología… Siempre con la intención de facilitar y no obstaculizar (personal de salud, Mendoza).

> [Hacen un llamado por teléfono] Hola. ¿Sí? Sí. Buenas tardes. ¿Qué necesitas? Ah, bueno. Ponle un poquito de hielo y cualquier cosa. Mañana hay médico en el otro centro de salud. Dale Ibuprofeno si tenés. ¿Cuánto pesa? Dale cada 8 horas y ponele un poquito de hielo. Y cualquier cosa, mañana lo lleva al otro centro de salud. Lavarle los dientitos. Bueno, de nada. Entrevistadoras: Ahí está la telemedicina. Médica: [risas] Bueno, viste. A veces la uso, pero bueno. Bueno, pero te pueden llamar y hacerte alguna consulta. Sí, resolvemos muchas cosas así (personal de salud Santa Fe).

> Tenemos hoy dos modalidades sincrónicas, que son la de telerehabilitación y teleneurología de urgencia que se contacta el paciente directamente con el equipo de salud. Las otras redes, la de telecardio, telespirometría, telenutrición, teletomatología, esas son de segunda opinión, los que se ponen en contacto son los equipos. El equipo del primer nivel le envía la consulta al especialista y el especialista responde y son consultas asincrónicas que se responden en general en 48-72 horas por la plataforma oficial de TeleSalud (funcionaria, Mendoza).

Es interesante la observación acerca de la importancia de la estética en las decisiones respecto del diseño de las iniciativas digitales. Efectivamente, el ciberespeacio, en tanto territorio semantizable es una arena de construcción de sentidos y como tal es producto y proceso de luchas simbólicas cuyas herramientas más potentes son los íconos visuales. Estas coordenadas de inteligibilidad son herederas de las estructuras cognitivas occidentales modernas (Schwarz, 2016b).

> Teníamos la suerte, por decirte algo, de tener una diseñadora entre nosotras, entonces todo el manejo de redes tenía una estética, había una idea atrás de eso, una identidad… tenía que ver con, tal vez, un requerimiento desde afuera, del que capaz no éramos conscientes, y qué tenía que ver con un requerimiento

nuestro de mostrarnos cómo éramos, de mostrar aquello que nosotras considerábamos nuestra identidad, elegir el color, la tipografía (militante de organización social, Santa Fe).

En lo concerniente a las prácticas de interacción por medio de las TIC, ante nuestra pregunta acerca de instancias de participación de usuaries en el sistema de salud, les entrevistades no identifican ninguna. En ocasiones los servicios de salud reciben alguna denuncia o reclamo por correo electrónico o en las instancias de otorgamiento de turnos, pero no son medios destinados para esos fines.

No hay un número ni nada a quien reclamarle en la página, es como si querés reclamar tenés que ir al hospital (usuarie trans, Mendoza).

Resistencias y críticas a la telemedicina

Las resistencias a la implementación de la telemedicina halladas en las entrevistas del personal de salud se refieren fundamentalmente a la necesidad de que el cuerpo esté presente en su contacto con les usuaries.

[telemedicina] Para nada, por lo menos no mi especialidad. Yo necesito ver al paciente, que vea la cara, el gesto, que me diga. Oler, sentir, un montón. Uno es médico con todos los sentidos, no me imagino. No, terrible, terrible (personal salud, Santa Fe).

Durante la pandemia bueno, tenías un motivo, hay cosas que sí, que no podías tener contacto con la gente y no te quedaba otra. Me parece que es una buena herramienta para una cuestión así, una situación así y no te queda otra, no hay otra salida. Pero no me parece que se tiene que extender en el tiempo porque para mí la consulta médica tiene que ser presencial… para mí la consulta médica, yo voy con un problema de salud y el médico te tiene que revisar, y no lo puede hacer a través de una pantalla (funcionaria, Buenos Aires).

Nuevamente aquí vemos interpretaciones que aluden a la distancia. En estos casos se interpreta como característica negativa la misma que en el primer apartado observamos en tanto característica positiva de la telemedicina, su carácter de mediación en las relaciones entre usuaries y personal de salud (porque permite distancia que protege la emocionalidad del personal de salud o porque permite cercanía de usuaries con el personal de salud al poder comunicarse en diferentes contextos). Aquí vemos interpretaciones de las mediaciones de las TIC en tanto factor negativo por la distancia física que suponen. En este aspecto es importante recordar que el contacto en un servicio de salud reafirma el modus

operandi del paradigma biomédico que se sostiene sobre la descontextualización de los cuerpos sobre los que opera (Rose, 2012; Menéndez, 1984).

También podemos interpretar que esa distancia de los cuerpos, asociada a la mediación de las TIC, se vincula con un menor control sobre estos y la incomodidad de no tener ese cuerpo a disposición puede generar temor. Se trata de la relación, recurrentemente hallada en otras investigaciones de prácticas biomédicas, entre control (por medio de intervención biomédica) y sensación de seguridad (Chacham, 2006).

[Telemedicina]… Miedo… solo eso, miedo… Hacer telemedicina es exactamente lo contrario a lo que me enseñaron siempre, que al paciente hay que verlo, hay que hablar, hay que palparlo, hay que preguntarle, ver cómo se siente, cómo habla. Hay cosas que uno las puede resolver por teléfono, pero es como que es peligroso. A veces no todo se puede resolver por teléfono. Bueno, sí, yo te puedo hacer una receta anticonceptiva por ahí pero no puedo hacer todas las recetas por teléfono (personal de salud, Mendoza).

Si pudiéramos mencionar un aspecto en común de las cuatro poblaciones estudiadas en las tres provincias respecto de las TIC podríamos decir que aun cuando se las considera una ayuda posible, su lugar ideal es complementando al mundo offline.

[En espacios de gobierno nos atienden]… porque la primera vez vamos en persona. Ahí conseguimos el contacto telefónico. Vamos en persona, tenemos una reunión y después de la reunión pedimos los contactos (militante de organización social, Mendoza).

Otro punto de encuentro donde es frecuente que nuestres entrevistades critiquen las prácticas de telemedicina se da cuando aluden a que los recursos tecnológicos no funcionan correctamente y/o son escasos y por ende sus beneficios no pueden explotarse del todo. Un ejemplo de ello es el sistema de turnos por medios telefónicos y/u online, tal como veremos en el siguiente apartado. O también por su uso inadecuado, por ejemplo, en las búsquedas de información online sobre temas de salud.

Vienen con muchas dudas. Algunas con haber leído cuestiones en Internet, que por ahí es bueno, informa y desinforma (personal de salud, Mendoza).

En cualquier caso, no encontramos una mirada crítica respecto de las implicancias de la mediación de las TIC en la relación entre el personal de salud y las personas usuarias del mismo. Lo anterior cobra relevancia si se

considera que las TIC constituyen un lenguaje y un criterio de construcción de sentido que toma vida en experiencias corporales. Las TIC se rigen por principios ontológicos, individualizantes y disciplinantes de cuerpos y subjetividades, solidarios con los biomédicos (Schwarz, 2016a).

Los turnos

En el sistema de otorgamiento de turnos conviven diversas modalidades al interior de cada sistema de salud provincial. Los turnos se solicitan por medio de: teléfono, una APP online, mail, WhatsApp, agenda con turnos diferidos del personal de salud (luego de una consulta previa) o de modo presencial. Cada modalidad tiene asignado un cupo en diferente proporción.

> Si vos querés una barrera de acceso, la aplicación 148 es una barrera grandísima para el acceso, pero grandísima. Yo hice la prueba, para poder hablar con conocimiento de causa, hice la prueba de intentar sacar un turno por la aplicación 148. Estuve media hora al teléfono, no me atendió nadie, se cortó y me comió el crédito… Por una directiva del Ministerio de Salud de la Provincia es que la aplicación 148 tenga el pool más grande de turnos, digamos, el porcentaje más grande para otorgar turnos y que quede un resto para lo presencial. Cuando la gente va a sacar turnos ya casi todos han sido dados por la aplicación, los que han logrado acceder ¿no? Pero el 80 % o el 85 % ha sido dado por la aplicación, entonces eso significa que quedan dos turnos de 10, dieron 8 en la aplicación y quedan dos turnos para dar por ventanilla. Dos turnos es nada. Entonces bueno, eso significa mucha disconformidad de la gente, mucho descontento, y algunas veces hasta situaciones de violencia que se han logrado frenar (personal salud, Mendoza).

Esta heterogeneidad en las modalidades de gestión de los turnos en ocasiones genera confusión en les usuaries, convirtiéndose en una barrera más para el acceso.

> Ahora todo es mucho más como… digital sería. Los turnos se sacan por Internet sí o sí, pero, a veces medio que te mienten porque hay algunas especialidades que no. Que las tenés que ir a sacar al hospital. Siempre, desde la pandemia, antes, después y ahora es muy confuso el sistema… y medio desorganizado. Siempre te salen con algo nuevo, siempre están mucha, mucha gente, mucho lío (usuarie trans, Mendoza).

La variedad de modalidades es entendida en algunos casos como una estrategia de inclusión social que considera las desigualdades sociales.

> Hay lugares donde no hay internet directamente, en las villas o en las casas en los barrios más precarios. O cuánto vas a tener que pagar para hacerlo desde el celular… es otra infraestructura que no está… también en barrios vulnerables… entonces, sí deberían estar las dos opciones [la atención presencial y digital] (militante de organización social, Buenos Aires).

> Me parece que lo presencial tiene otra riqueza y que lo virtual sí nos ha permitido estar cerca, pero también tiene esta barrera de la accesibilidad en cuanto al Internet, a los dispositivos, que también se vio mucho con las escuelas y con los espacios de salud en la pandemia. Algunos colegas que manifestaban esto de la atención por llamada, llamada común, porque en el barrio no había acceso a Internet o porque la persona no tenía un dispositivo para hacer videollamada (personal de salud, Santa Fe).

En las tres provincias se refieren a los turnos otorgados online como obstáculo de acceso al sistema público de salud; genera demoras y/o impide el acceso a la consulta con profesionales de salud. La razón argüida de ello es que es difícil lograr un turno o tener respuesta, así como también la falta de recursos tecnológicos para poder realizar la operatoria.

> Las personas en general en situación de calle no tienen teléfono, y hoy el acceso a los turnos es vía teléfono, es por Internet y no tienen acceso a Internet. Entonces los tenemos que sacar nosotros, nuestros pacientes no tienen teléfono, entonces nosotros sacamos esos turnos (personal de salud, Mendoza).

> Encima dan un turno por familia. O sea, si yo tengo que ir a sacar turnos para mi hijo y para mí, yo tengo que directamente sacar turnos para mi hijo nada más. Pero no podés sacar para los dos. Por más que sea para diferentes médicos. [Hay un número para llamar] pero te cansás de llamar, no te atienden... entonces tenés que ir sí o sí (usuaria, Buenos Aires).

> No lo veo necesario [a las TIC] y no lo veo operativo. No, yo creo que burocratiza. Lo único que hace es burocratizar, porque además te pone... digo, elimina la posibilidad de la queja, de la demanda, porque vos le hablás a una máquina y te responde una máquina (militante de organización social, Mendoza).

Si bien las percepciones de les entrevistades coinciden en considerar la entrega de turnos online como un obstáculo para el acceso, también coinciden, salvo contadas excepciones, en que si estuvieran las condiciones dadas (correcto funcionamiento, alfabetización digital de usuaries y personal de salud y equipamiento/condiciones necesarias –conexión a Internet– en los

centros de salud y de les usuaries), sería una herramienta útil y facilitaría la accesibilidad al sistema de salud.

> Eso de sacar turno tendría que ser así por teléfono, digamos, o más rápido, digamos, porque hay gente que va a sacar turno a las seis y hay gente que trabaja, cumple horario y a veces llega tarde por estar esperando ahí que te atiendan y llegás y ya no conseguís más turno (usuaria, Santa Fe).

> Mejoraría, por ejemplo, si pudieran hacerlo virtual y no tener que ir tan temprano. Es más, en el Pozo tenés que estar antes de las 7 para hacer fila. Y capaz que fuiste temprano y ya se cumplió el cupo. Que podamos pedir el turno por teléfono (usuaria, Buenos Aires).

Otra dificultad es la mencionada en Santa Fe. Algunes mediques no usan el teléfono para otorgar turnos porque afirman que de este modo es frecuente que les usuaries no asistan.

> No quieren porque dicen que no les funciona, que después no vienen. Es verdad, a veces no vienen, pero para mí es más fácil. El tema de los embarazos yo los manejo así, me resulta bien. Igual que controles de niños sanos también, o PAP. De una semana para la otra, por lo general vienen, no es que te faltan. Ahora se lo da de un mes para el otro y ahí sí ya, capaz que en el mes pueden pasar cosas (personal salud, Santa Fe).

Junto con las dificultades de acceso surgen también estrategias de usuaries para sortear estos obstáculos. En ocasiones por medio de habilidades personales (en general vinculadas a la insistencia, perseverancia, paciencia) y/o habilidades sociales (relacionarse con personal de salud que permita el acceso).

> En cuanto a los turnos a sacar para ver el doctor que me atiende es solo por Internet y, hace poco me enteré de esto, que hay un grupo de WhatsApp, muy informal, son una enfermera que trabaja ahí que se puso ella sola casi, a hacer todo eso porque, ella misma vio que no era útil la forma de sacar turno en la página del hospital. Aunque yo sigo intentando por ahí porque me ha funcionado antes, pero, se tarda mucho. Una vez creo que me atrasé como un mes y medio por estar intentando sacar turno todos los días y que me digan que está llena (usuarie trans, MZA).

> –Cómo lograste el turno? –Insistí mucho. Soy muy insistente. Si alguien en esta casa no puede sacar turno de lo que sea, yo lo saco. Turno de médico, turno de ANSES, turno con Movistar, turno... yo te lo saco. –¿Qué es ser insistente? ¿Cuál es tu estrategia? –Esperar. –¿Con el celular? –Intento, intento, intento, intento. –¿A qué hora arranca eso? –A las 8 o 9. –¿Se habilita la plataforma? –Sí, y son las 11, 12 y… –¿Vos estás ahí? –Sí, ahí es cuando ya veo que a las 12 ya no conseguí, ya no voy a conseguir porque a las 1 cierran. Entonces, por ahí rara vez sigo llamando, pero ya no con el mismo entusiasmo. Pero sí, puedo estar horas llamando, no me molesta. Con alta voz, voy haciendo las cosas mientras pasa toda la grabación, que dura un montón, hasta que salta la que te dice, no hay turno disponible, vuelvo a llamar. Tuc, cortás y volvés a llamar. Ahí, inmediatamente. –¿Y ahí conseguiste turno a través de la aplicación? –Sí. Después de un mes (usuaria, Mendoza).

> Las promotoras tienen un vínculo con algunos efectores, más que nada en Godoy Cruz lo hemos podido laburar bien y acá en Guaymallén, directamente con los centros de salud. Entonces ellas tienen la posibilidad, como somos muchas compañeras organizadas, de pasar un pedido de tantas compas que necesitan para ginecología, por ejemplo, lo pasan al centro de salud y el centro de salud le otorga directamente los turnos… También tiene una cuestión de una o dos semanas, o sea de una semana para la otra, no sé qué, pero es mejor que… y bueno y justamente son todas las compas que por edad o por falta de acceso a la cuestión digital no lo pueden sacar (militante de organización social, Mendoza).

Es interesante observar que las críticas al sistema de turnos en las tres provincias apuntan a las modalidades de otorgamiento y no al problema de fondo: la insuficiente cantidad de personal de salud e infraestructura del sistema de salud para dar respuesta a la demanda de les usuaries.

La obstaculización del acceso al sistema de salud que el funcionamiento deficiente del otorgamiento de turnos y su concomitante falta de recursos implican, son un ejemplo de vulnerabilidad programática (Ayres *et al.*, 2018); pues, se trata de una acción del Estado que genera condiciones que vuelven a individuos y grupos particularmente vulnerables (Pecheny, 2020).

La historia Clínica Electrónica

La historia clínica se utiliza en diferentes formatos; no solo si comparamos nuestros hallazgos a nivel interprovincial, sino también a nivel intraprovincial, entre servicios de salud.

Al igual que en una investigación reciente en personal de salud del AMBA (Krause *et al.*, 2023), nuestros hallazgos indican que lograr la interoperabilidad de la HCE a nivel nacional es un objetivo que tanto personal de salud como funcionaries identifican como deseable y necesario. Aun así, según lo descrito por les entrevistades en las tres provincias estudiadas, es un horizonte que aún está lejos de poder alcanzarse.

> Sí, obviamente son útiles, por ahí lo que faltaría es como te decía: un sistema formal por ejemplo de referencia y contra referencia que esté incluido en la historia clínica en donde, y que sea universal tanto para la parte pública como para la parte de obras sociales. Permite mantener la información unificada y no repetir errores o no repetir conductas que ya tomó otro profesional (personal de salud, Mendoza).

> Sin duda hoy es indispensable, nos permite justamente salir de la fragmentación del sistema, otorgarles a las personas el derecho a que su historia de salud esté accesible en todos los lugares en los que se pueda atender. De hecho, uno de los aspectos que contempla la medida de transformación digital es que esta historia clínica electrónica cumpla ciertos estándares de interoperabilidad y también se invita al subsector público y al subsector de OSEP y demás a que la vayan implementando (funcionaria, Mendoza).

Prácticamente la totalidad de les entrevistades consideran a la HCE una herramienta útil y preferible a la histórica clínica de papel. Sin embargo, consideran que su incorporación es improbable frente a déficits de infraestructura y equipamiento de los centros de salud (específicamente falta de/ o deficiente conexión a Internet y falta de computadoras).

> Es mucho mejor la historia clínica electrónica porque eso te permite ver un poco vos el recorrido de la persona, ver si estuvo en otros centros de atención, si intervienen otras organizaciones en otros espacios. Es seguro, aparte. El papel a veces era algo solamente que lo podías ver desde el centro de salud y no desde otro tipo de derivaciones (personal de salud, Buenos Aires).

> Que por el momento está bueno y por el momento no. ¿En qué momento no está bueno? Cuando se cae el sistema, no te puedo atender, no te puedo hacer una historia clínica porque se cayó el sistema. Ahora los médicos no toman nota. O sea que una vez que el sistema se restablezca, lo que a vos te dijeron en ese momento va a quedar en el aire. Porque ni siquiera se toma el trabajo de anotar un papelito para después pasar una historia clínica digital (usuaria, Mendoza).

> Lo que le podría llegar a ver hoy de inconveniente es que la digital requiere una computadora por cada consultorio, cosa que la de papel no. Estaría buenísimo por el solo hecho de que te permitiría poder ingresar a la red y ver dónde se ha atendido la persona, qué otro efector…como ideal y como algo a futuro estaría buenísimo. Pero hoy no estamos muy cerca de poder lograrlo en cuanto al equipamiento informático (personal salud, Mendoza).

A la función de la histórica clínica en la atención de salud de les usuaries se suma su aporte para la construcción estadística. La carga en plataformas de carga de datos estadísticos se superpone y en ocasiones funciona en paralelo al uso de la historia clínica (en cualquiera de sus formatos), generando subregistros y/o duplicación de datos. Con la HCE este problema se resolvería porque los datos estadísticos podrían extraerse de allí, lo cual reduciría trabajo administrativo también.

> [HCE] Mucho mejor que la de papel. La estandarización del dato, la recuperación del dato, la homologación de bueno, viste que se filtran por palabras claves y eso después a nosotros nos permite hacer la consulta y rescatar el dato. Nos cambiaría la vida… nosotros podríamos tener un acceso ahí y filtrar por palabra clave y nosotros ya tendríamos la estadística. Encima al estar ligado directamente a la práctica profesional y no al acto administrativo de carga es como mucho más fiel entonces, apunta a eso me parece, a recoger el dato más preciso (funcionaria, Mendoza).

En cuanto a las dudas sobre su uso, se mencionó el hecho de que se pueda volcar la preocupación de las diferentes especialidades y que se digitalice la historia clínica en papel previa del paciente para no perder los antecedentes.

> Yo siempre me hago esta pregunta: perfecto vamos con la historia clínica digital, pero ¿quién se va a encargar de digitalizar mis veinte años de vida?, ¿me explico? Entonces, si la historia digital empieza desde hoy hacia adelante se pierde una historia de vida que no la va a tener en cuenta. Entonces, me parece que por mucho tiempo van a tener que coexistir estos dos sistemas: la historia clínica digital y la historia clínica de papel (personal de salud, Mendoza).

Investigaciones realizadas en personal de salud respecto de la HCE y telemedicina antes de la pandemia en Argentina dan cuenta de la preocupación de les mediques en torno a la legalidad de las prácticas médicas en telemedicina, así como a la firma digital de les profesionales de salud (Krause *et al.*, 2023). Es probable que el avance en materia legal, que hemos mencionado en la introducción de este capítulo, sea el responsable de que estas inquietudes ya no estén presentes en el discurso del personal de salud que hemos entrevistado en nuestro estudio.

> Mucho antes que en la provincia se instalara la cuestión de la Historia Clínica Digital, yo hice una diplomatura en Buenos Aires, en el Hospital del Cruce, y ahí vi la Historia Clínica Digital, estoy hablando de 2015. Y yo vine, volví, y ¡ay, maravilloso! Y bueno, me saltaron a la yugular más o menos, porque ahí iba a haber, ¿cómo fue que me decían? Ni me puedo acordar exactamente, pero como que iba a haber un tráfico de información ahí, que quién firmaba, pero

> si vas a tener un usuario, una firma digital, no seas cerrado, y todo eso, bueno, hoy están contentos, hoy están chochos con eso, en el Centro de Salud están contentos, y yo estoy feliz de que haya Historia Clínica Digital, sí (personal de salud, Mendoza).

En lo referido a les usuaries es importante señalar que tanto algunes entrevistades trans como mujeres entrevistadas no sabían que su historia clínica por ley es suya y que pueden decidir sobre ella. Este dato da cuenta de los alcances de las políticas públicas orientadas a la protección de datos personales y a la falta de información respecto de los derechos de les usuaries del sistema de salud.

Infraestructura

Al igual que lo hallado en otras investigaciones del último lustro en Argentina, les médiques valoran las herramientas de las TIC para el trabajo cotidiano en salud, pero dan cuenta de las complicaciones que generan las precariedades infraestructurales y de uso (Schwarz, 2022; Krause *et al.*, 2023; Maceira, 2020; Chiara, 2019).

> En la posta de salud la conexión a Internet es casi nula, porque cada vez que pones cable de Internet te roban el cable de Internet para vender, entonces es imposible, ahora pusimos una fibra de no sé qué cosa, pero justo pasa el tren a una cuadra, entonces es muy difícil poder crecer en ese sentido (personal de salud, Buenos Aires).
>
> Acá hay wi-fi, estuvimos sin Internet porque se robaron los cables (personal de salud, Santa Fe).
>
> [El médico carga los datos de les pacientes en el SICAP (Sistema de Información de los Centros de Atención. Primaria)] Pero tenés que trasladarte, digo, a otra computadora… tengo que trasladarme a la computadora y cargar uno por uno los pacientes (personal de salud, Santa Fe).

Tal como vimos en el apartado sobre el otorgamiento de turnos, observamos la preocupación del personal de salud respecto de la vinculación entre las faltas de acceso a la tecnología con las desigualdades socioeconómicas, en cuanto productoras de condiciones de inequidades en salud. Este dato coincide con otros estudios sobre el tema (Schwarz, 2023).

Aquí es interesante la discrepancia de percepciones entre funcionaries por un lado y militantes y usuaries por el otro. Mientras les primeres no mencionan esta relación entre desigualdades sociales, acceso a las TIC y acceso al

sistema de salud, les segundes sí lo hacen. Este dato coincide con la impronta descontextualizadora en lo que a políticas públicas de salud refiere, halladas tanto en organismos supranacionales de salud como en políticas comunicacionales del Estado argentino (Schwarz, 2021).

De los discursos del personal de salud, militantes y usuaries sobre las condiciones de pauperización de la atención en salud y su infraestructura, específicamente en lo que a las TIC refiere, subyace la expectativa de que no habrá mayor inversión del Estado en el sector. Algunes funcionaries lo explicitan.

> Y respecto a la inversión, tampoco yo he priorizado hoy la inversión en computadoras… la inversión hoy todavía está siendo en equipamiento sanitario (funcionaria, Mendoza).

Es recurrente el uso de elementos de propiedad del personal de salud para abordar el trabajo cotidiano y cubrir así el déficit de recursos disponibles, particularmente el uso del teléfono celular privado para la atención de les usuaries.

> Pero eso también generó que se desencuadre el trabajo, que no hay recursos. Entonces terminabas usando tu propio celular y te escriben a cualquier hora. El otro día lo hablaba con una compañera, de, tipo, no somos una guardia. Entonces, si tenés una consulta... no sé, estás en proceso de aborto, ya tenés las pautas de alarma de antes. Si tenés una pauta de alarma, tenés que ir a la guardia, porque yo por teléfono te puedo decir si estás para ir a una guardia, o no. En algunas situaciones lo podés hacer, y en otras es como medio ambiguo. Y no está tampoco como tan regulado o legislado el tema del uso de las tecnologías (personal de salud, Buenos Aires).
>
> El tema es que no tenemos más teléfonos. Y entonces, mi teléfono particular, mi teléfono celular, que lo tiene todo el Barrio La Gloria, se convierte en el teléfono de los turnos. Es tremendo, porque a cualquier hora, en cualquier momento, sábado, domingo, no importa, la verdad que es complicado, muy complicado (personal salud, Mendoza).

Según nuestres entrevistades esta situación provoca desgastes laborales y relacionales con la población usuaria del sistema de salud.

Reflexiones finales

Este capítulo analizó la participación de las TIC en el campo de la salud pública en Argentina. La intención del abordaje fue interpretar el fenómeno en tanto proceso, siguiendo las huellas de la pandemia en su rol de hito dentro de ese devenir. Para ello partimos de considerar que existe una sinergia entre

las lógicas de funcionamiento de la biomedicina y de las TIC. Ambas resultan herramientas mediante las cuales la sociedad capitalista vehiculiza estrategias biopolíticas de control social, a través del disciplinamiento de los cuerpos y las subjetividades por medio de los mismos símbolos y sistemas de valores en todo momento y lugar: la búsqueda de la máxima eficacia y racionalidad operativa (Schwarz, 2021).

A lo largo de este capítulo hemos analizado lo hallado en cuanto a percepciones y prácticas de telemedicina de las cuatro poblaciones estudiadas (personal de salud, usuaries, funcionaries y militantes) en tres provincias del país. Si bien con ciertas resistencias y dificultades, las TIC se han instalado en las prácticas cotidianas en salud con mayor o menor alcance, pero con una presencia insoslayable. Independientemente de sus potencialidades, la falta de recursos impide su implementación real: falta de computadoras, de conexión a Internet, de celulares, de capacitaciones, tanto del personal de salud como de usuaries. Esta precariedad demora la atención y la entorpece, los profesionales usan sus propios celulares (y sus datos de Internet) y se desencuadra la atención, la HCE tiene una incorporación ecléctica, el otorgamiento de turnos online no da respuesta a la demanda. Aun cuando el personal de salud y militantes valoran las TIC en la atención en salud, consideran indispensable el acceso a las TIC de parte de les usuaries también como condición necesaria para garantizar una completa accesibilidad al sistema de salud. Tal como afirma Manuel Castells (1999), las TIC proponen un modelo cognitivo común, el cual puede suponer un punto de encuentro en la interacción. Sin embargo, en contextos de uso intensivo y extensivo de las TIC, si se está por fuera de ese modelo la consecuencia es la marginación.

Este modelo cognitivo es fundamentalmente masculino, tanto el hardware como el software que dan vida a los recursos más utilizados de las TIC han sido y aun son creados y diseñados por varones. Este fenómeno, llamado brecha digital de género, es heredero de la división sexual del trabajo, que establece el mundo de la técnica y la tecnología como ámbito de competencia masculino (Laudano, 2018; Schwarz, 2018). La mayoría de nuestres entrevistades de las cuatro poblaciones estudiadas son mujeres, es por ello que es relevante señalar que el uso de las TIC en esta población en particular tiene profundas implicancias en la reconfiguración de las relaciones de poder.

Estos datos dan cuenta de los desafíos de la incursión de las TIC en los sistemas de salud y de las formas de comunicación, en su sentido más amplio, en lo que refiere al encuentro con la alteridad en nuevos formatos, orientados a lograr el protagonismo de les usuaries y de la construcción intersubjetiva del acompañamiento en salud (Vasconcellos-Silva y Castiel, 2009).

Las características del sistema de salud argentino (fragmentado –en subsectores público, privado y de seguridad social–, desigual –geográfica y socioeconómicamente– y desarticulado –autonomía de cada jurisdicción–) coadyuvan a las dificultades de implementación de la telemedicina como estrategia de accesibilidad (Pecheny, 2020). Como resultado de la heterogeneidad de perspectivas de la muestra de esta investigación (usuaries, funcionaries, personal de salud y militantes), nuestros datos respecto de la incorporación de las TIC en salud muestran la brecha existente en el doble curso de las políticas públicas: entre lo que el Estado quiere hacer y lo que finalmente logra (Aguilar Villanueva, 1992).

Se desprende de nuestros datos que existe un desarrollo disímil de la telemedicina en las tres provincias estudiadas, sin embargo, en ningún caso estas tecnologías logran garantizar la accesibilidad al sistema de salud, por el contrario, por momentos la impiden. Si analizamos nuestros hallazgos de acuerdo con los criterios de accesibilidad inicial –en cuanto posibilidad del usuario de ingresar al sistema– y accesibilidad ampliada –que abarca todo el proceso de atención en salud– (Mauro *et al.*, 2006), podemos afirmar que la primera es la menos posible de alcanzar por les usuaries, dado la dificultad que reviste conseguir turno, salvo que ya se esté en tratamiento y se obtengan turnos diferidos. Aun así, el recorrido por la línea de cuidado está fragmentado y tiene demoras en la atención, razón por la cual podemos decir que la accesibilidad ampliada tampoco está garantizada.

Bibliografía

Acosta, M. (2020) Activismo feminista en Instagram. El caso de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en Argentina. En *Perspectivas de la Comunicación* (Universidad de La Frontera, Chile) 13(1).

Aguilar Villanueva, L. (1992). *La hechura de las políticas*. México: Porrúa.

Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología.* Buenos Aires: Lugar.

Ayres, J. R., Paiva, V. y Cassia, M. (2018). Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud. En Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A., Amuchástegui, A. y Pecheny, M. (comp.). *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos,* pp. 21-34, Buenos Aires: Teseo.

Burton, J. (2021) Los estudios sobre aborto en la Argentina. Un estado de la cuestión. *Rev. Cuadernos Pagú* (63), e216314.

Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3): 321-336.

Castells, M. (1999) *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Volumen I. La sociedad red.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Chacham, M. (2006) Médicos, mujeres y cesáreas: la construcción del parto normal como riesgo y la medicalización del parto en Brasil. En *Seminario Internacional Haciendo Género 7*. Género y preconceptos. Florianópolis, 28-30 de agosto de 2006.

Chiara M. (2019) El derecho a la salud bajo amenaza: problemas y desafíos desde el conurbano bonaerense. Buenos Aires: Voces en el Fénix; Disponible en https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/el-derecho-a-la-saludbajo-amenaza-problemas-y-desafios-desde-el-conurbano-bonaerense/

D'Agostino, M. (2015). Estrategias de salud electrónica en la región de las Américas: situación actual y perspectivas. *Revista Peruana de Medicina Experimental* 112 *y Salud Pública*, 32-2, 352-355.

Elicabe, E.; Cuberli, M.; Rodríguez Zoya, P.; Schwarz, P. K N; Szulik, D. y M. Mon (2022). eHealth en contexto: marco normativo y políticas públicas. En Petracci, Mónica (comp) *Comunicación y Salud. eHealth, entre luces y sombras*. Buenos Aires: Teseo.

Eysenbach, G. (2001). What is eHealth? *Journal of Medical Internet Research*, 3-2, s/p. paginación.

García Canclini, N. (2020). *Ciudadanos reemplazados por algoritmos.* Berlín: CALAS.

Jiménez, L.; Gamboa Suárez, R.; Márquez, M. (2019) Deshumanización en la atención de la salud ¿son las TIC el problema o la solución? *Mundo FESC*, Vol. 9, N° 17, pp. 76-84.

Krause, M.; Petracci, M.; Elicabe, E.; Rodríguez Zoya, P.; Schwarz, P. K. N.; Ridao, M. (2023) Historia clínica electrónica: miradas críticas de médicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Interface. Comunicacao, saúde, educacao.* Universidade Estadual Paulista. DOI https://doi.org/10.1590/interface.220072

Laudano, Claudia (2018) Acerca de la apropiación feminista de TIC. En Chaher, S. (comp.) *Argentina: medios de comunicación y género ¿hemos cumplido con la plataforma de acción de Beijing?* Buenos Aires: Comunicación para la Igualdad Ediciones.

Maceira D. (2020) Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Rev Estado Polit Publicas*, (14): 155-79.

Mauro, M., Solitario, R., Garbus, P. y Stolkiner, A. (2006). La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. En XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* Buenos Aires: Lugar.

Menéndez, E. L (1984) Hacia una práctica médica alternativa. En *Cuadernos de la casa chata*. 86, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. México, pp. 1-23.

Natansohn, G. (2013) Introducción ¿Qué tienen que ver las tecnologías digitales con el género? En Natansohn, G. (Org.) *Internet en código femenino: teorías y prácticas.* Buenos Aires: Crujía.

OMS (Organización Mundial de la Salud). (2016). *Global Diffusion of eHealth. Report of the third global survey on eHealth*. Ginebra: Global Observatory of eHealth. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529 [consulta: mayo de 2020].

OMS (Organización Mundial de la Salud). (2019). *WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Ginebra. Disponible en https://www.who.int/es/news-room/detail/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions.

Pecheny, M. (2020). Derecho a la salud y Covid-19 desde la perspectiva latinoamericana de la vulnerabilidad y los derechos humanos. En J. P. Bohoslavsky (ed.), *Covid-19 y derechos humanos. La pandemia de la desigualdad*, pp. 294-318. Buenos Aires: Biblos.

Petracci, M; Schwarz, P. K. N. (2020) eHealth: un concepto, diversidad de prácticas. En Petracci M; Schwarz P. K. N.; Rodríguez Zoya, P.G (comp.). *Comunicación y Salud. Emergencia y desafíos de eHealth*. Buenos Aires: Teseo, pp. 17-36.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Unipe.

Schwarz, P. K. N. (2022) Desigualdades sociales y vulnerabilidades en dispositivos institucionales de eHealth desde la perspectiva de profesionales de salud. Un análisis con enfoque de género. En Petracci, Monica (comp.) *Comunicación y Salud. eHealth, entre luces y sombras*. Buenos Aires: Teseo.

—. (2021) COVID-19. El autocuidado y las TIC como estrategias de salud pública del Estado argentino y la OMS. Andamiajes previos en un nuevo escenario. En Anzorena, C.; Schwarz, P.K.N. y Yañez, S. (Comp.) *Reproducir y sostener la vida. Abordajes feministas y de género del trabajo de cuidados.* Buenos Aires: Teseo.

—. (2016a). Procesos de subjetivación en la atención de salud online. *Revista Lis. Letra, imagen, sonido.* 15, Universidad de Buenos Aires.

—. (2016b). Fotografías en el espacio virtual: aspectos éticos y epistémico-metodológicos de su análisis en Ciencias Sociales. *Discursos Fotográficos*, Londrina, 12 (20), pp. 63-81. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/316900993_Fotografias_en_el_espacio_virtual_Aspectos_eticos_y_epistemico-metodologicos_de_su_analisis_en_Ciencias_Sociales

Revista Lis. Letra, imagen, sonido. 15, Universidad de Buenos Aires.

Vasconcellos-Silva, P. R. y Castiel, L. D. (2009) As novas tecnologías de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela Internet. En *Revista Panam Salud Pública.* 2009; 26 (2): 172-5.

Turkle, S. (1995). *La vida en la pantalla. La construcción de la identidad en la era de Internet.* Buenos Aires: Paidós.

Capítulo 4

Encuentros y desencuentros entre usuarixs y sistema de salud. Las transformaciones en la accesibilidad a partir de la pandemia desde la perspectiva de las/es usuarias/es en Mendoza

Paulina Serú y Claudia Anzorena[1]

Introducción

En el cuidado de la salud en general y en el ejercicio de los derechos sexuales en particular, las formas en que las personas ingresan y navegan en el sistema de salud son un parteaguas de las desigualdades sociales: de clase, de género, geográficas, generacionales, etc. En este sentido, tal como se mencionó en la introducción del presente libro, entendemos la accesibilidad como un concepto complejo y relacional. Comes y colaboradoras la definen 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" (2007: 202). Nos interesa en cuanto es una concepción que hace hincapié no sólo en cómo se acerca la oferta a la población, con sus barreras geográficas, económicas, administrativas y simbólicas (Stolkiner y Barcala, 2000), sino que también se enfoca en el encuentro entre usuarixs[2] y servicios, donde tanto las condiciones y discursos de unxs como de otros hacen a la forma en la que se construye y se posibilita o no el acceso. Además, ese encuentro se inserta tanto en relaciones que son estructurales, como en contextos que a veces son excepcionales como el que configuró la

1 La escritura de este trabajo ha sido colaborativa, el orden de las autoras es indistinto.

2 Utilizamos "x" en los sustantivos y pronombres que no hagan referencia a algún género específico, sino a su conjunto. Utilizaremos "a/e" para referirnos a cismujeres, personas trans y no bineries. En las entrevistas que analizamos para este capítulo no hay entrevistados cisvarones, por lo que no se utiliza la "o" ni la "x" cuando hablamos de estas personas.

pandemia por COVID19. Este contexto precipitó una serie de cambios en los modos de encuentro entre lxs usuarixs y el sistema de salud.

En marzo de 2020 se declaró la emergencia sanitaria por COVID19 y se tomaron una serie de medidas para prevenir la propagación y atenuar los efectos de la enfermedad. Esta situación forzó a la reconfiguración de la organización de la vida en todos sus aspectos: cotidianos, laborales, educativos, públicos, etc. Dos espacios especialmente tensionados fueron el sistema de salud y la esfera doméstica, donde la tarea predominante –en ambos– es el trabajo de cuidado y el sostenimiento de la vida. Las estrategias para desarrollar estas tareas se adaptaron a la situación y quedaron afectadas, es decir, una vez pasada la emergencia no volvieron a sus formas anteriores. Las transformaciones en los modos de atender requeridas por las nuevas condiciones del ASPO-DISPO[3], impactaron de distintas maneras en los servicios de salud modificando sus condiciones de accesibilidad, durante y después de pasada la pandemia.

En este sentido nos proponemos indagar en las percepciones y estrategias de cuidado de la salud de las usuarias y usuaries a partir de sus experiencias en el encuentro con el sistema de salud durante el 2020 y hasta el 2023, para conocer las transformaciones que se dieron en la accesibilidad. En este artículo analizaremos la accesibilidad a los servicios de salud pública, desde la perspectiva de las usuarias y les usuaries de zonas vulnerabilizadas del Gran Mendoza. En un primer momento abordaremos las dificultades en la accesibilidad inicial a la atención en salud; posteriormente nos enfocaremos en los obstáculos y tensiones en el tránsito y finalmente en la configuración de estrategias colectivas para sobrellevar estas dificultades, obstáculos y tensiones.

El corpus de análisis se conforma por seis de las entrevistas semiestructuradas realizadas en la Provincia de Mendoza en el marco del proyecto que da origen a este libro. Las personas entrevistadas son usuarias del sistema de salud público y viven en territorios vulnerabilizados del Gran Mendoza. Una de ellas –Laura– fue entrevistada como activista pero también relató su experiencia como usuaria que nos resultó significativa. Y otra de ellas –Vale– se incorporó a la entrevista con su hija y se constituyó como una informante más. Tal como se expresó en el capítulo referido al trabajo de campo, las entrevistas se realizaron de manera presencial y virtual, utilizando un muestreo intencional para la selección de las personas informantes y acordando con ellas mantener la confidencialidad de sus identidades.

3 ASPO-DISPO hace referencia a las medidas primero de aislamiento y segundo de distanciamiento, social, preventivo y obligatorias que se implementaron de acuerdo con la situación epidemiológica en diferentes momentos.

De estas seis personas, tres son mujeres cis, Vale de 50, Cecilia de 32 y Cintia de 28 años, todas son madres, tienen niñxs a su cuidado, trabajan y han alcanzado nivel de estudios terciarios/universitarios incompletos al momento de la entrevista. Una mujer trans, Lohana de 46 años, sin hijxs, trabajadora y estudiante de nivel universitario al momento de la entrevista. Una persona no binarie, Andi de 36 años, con tres hijxs, único sostén de hogar, desocupade y con nivel de estudios universitarios incompletos al momento de la entrevista. Un varón trans, Ale de 18 años, sin hijxs y acababa de terminar la secundaria al momento de la entrevista[4].

Accesibilidad inicial

La accesibilidad inicial hace referencia al ingreso al sistema de salud, es decir el primer contacto entre los discursos y las prácticas de usuarixs y servicios. Los servicios son productores de discursos que se vinculan con las representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización (Stolkiner y Barcala, 2000). Es decir que se incluye el hecho de que lxs sujetxs también construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones.

A continuación, nos detenemos en los procesos que hacen a la accesibilidad inicial a los servicios de salud enfocándonos en tres situaciones que conforman distintas aristas de este ingreso al sistema: la gestión del turno, los procesos de tecnologización que median entre usuarixs y prestaciones y el estatus legal de las prácticas.

La proeza de conseguir un turno

Gran parte del ingreso inicial al sistema de salud se posibilita y concreta mediante el acceso a un turno, que consiste en lograr entrar en una agenda u orden que les asigna a las personas un día y hora para ser atendidas. Antes de la pandemia los turnos se obtenían presencialmente y a partir de 2020 se implementaron mecanismos remotos de manera generalizada. Sea como sea, sacar turno en el sistema de salud público en Mendoza, es una proeza. Los relatos son elocuentes, y coinciden en que independientemente del medio utilizado siempre implica esperar. Ballesteros, Freidin y Wilner (2017) comparten estudios que proponen que el tiempo, su disponibilidad tanto para tener hábitos saludables como para realizar consultas médicas, debe ser considerado

4 Estos datos se encuentran detallados en el capítulo 2 de este libro.

un determinante social de la salud, ya que constituye un recurso fundamental para cuidarla y para acceder al sistema de salud. Ni la disponibilidad de tiempo ni los tiempos de espera son los mismos para todas las personas, esto dependerá de su género, sus ingresos, su situación laboral, su cobertura en salud, su ubicación geográfica, sus capacidades o discapacidades, su edad, etc.

Previo a la pandemia las personas se acercaban al centro de salud u hospital de manera espontánea para ser atendidas ese mismo día. La atención al público comenzaba a las 7 de la mañana y el cupo dependía de cuántxs profesionales había y de los horarios de atención, por lo que muchas/es usuarias/es se acercaban hasta 3 horas antes de que abriera el servicio para hacer fila y asegurarse ser atendidas/es. Esta secuencia implicaba mucho tiempo de espera: hacer fila hasta que abriera el servicio y que les dieran un número, si tenían la suerte de estar entre lxs pacientes que serían atendidxs ese día debían aguardar la hora del turno y a ser llamadas/es por el o la profesional. Si no les daban número para ese día, ya sea porque se acababan o porque lxs profesionales no asistían, debían volver cada vez más temprano para quedar adelante en la fila o esperar a que haya un reemplazo en la atención.

Las medidas de distanciamiento precipitaron un cambio en los mecanismos de acceso introduciendo el uso de tecnología para la gestión de turnos de manera remota. Si bien el sistema presencial era incómodo e ineficiente y a las personas de los sectores vulnerabilizados les implicaba resignar días completos de trabajo o de escuela, no fue esto lo que direccionó el cambio sino la necesidad de evitar la permanencia en espacios reducidos, mal ventilados o a la intemperie, o con escaso acondicionamiento para mantener las medidas de seguridad.

> Antes del COVID, ibas a las 7 de la mañana a cualquier salita, que bueno, igual te tenías que ir como a las 4 de la mañana para conseguir turno, pero te ibas y ese mismo día te atendían. Ahora hay una aplicación, que es el 148 Mendoza, que te deriva los turnos por ahí. Entonces, te metés, lo pedís, te responden en una semana para dártelo para una semana o 15 días (Laura, 34 años, mujer cis).

A partir de 2020 se habilitan teléfonos, mensajes de WhatsApp y sistemas de turnos web. Los turnos se otorgan dentro de los 15 días, si en ese lapso no hay disponibles, deben volver a comunicarse al otro día y solicitarlos a medida que se habilite la agenda. Es decir que se cambió la forma, pero no se amplió el acceso. Se modificó dónde se espera, pero no cuánto se espera.

> Aunque yo sigo intentando por [la web] porque me ha funcionado antes, pero, se tarda mucho. Una vez creo que me atrasé como un mes y medio por estar intentando sacar turno todos los días y que me digan que está llena (Ale, 18 años, varón trans).

> Puedo estar horas llamando, no me molesta. Con altavoz, voy haciendo las cosas mientras pasa toda la grabación, que dura un montón, hasta que salta la que te dice, no hay turno disponible, vuelvo a llamar. Tuc, cortás y volvés a llamar. Ahí, inmediatamente (Cecilia, 36 años, mujer cis).

Sacar turno requiere paciencia y perseverancia. Vemos con ello, que las modalidades y condiciones de ingreso al sistema se sustentan sobre un sentido fuerte de lo que las personas usuarias son, pueden o tienen, en términos de recursos y disposiciones: tiempo, paciencia, perseverancia. La primera vivencia común y sostenida que emerge de las personas entrevistadas respecto de su contacto inicial con el sistema de salud es la espera. Aunque en ocasiones esta experiencia entre en conflicto con las propias condiciones de vida, se ha vuelto un aprendizaje necesario en el campo para poder ingresar. Como señalan Bellesteros, Freidin y Wilner (2017) existe una estratificación social de la espera, que se da tanto a nivel nacional como internacional, donde los sectores en condiciones de clase, de género, etc. estructuralmente más precarias deben esperar más tiempo para acceder a una consulta médica.

Las/es usuarias/es están acostumbradas a esperar y buscan artilugios para agilizar el acceso a un sistema que está sobrepasado de demanda. Insistir, estar en espera, "rebuscárselas"[5] para acceder a la tecnología, seguir esperando, son las estrategias comunes. A su vez, a la precariedad de la vida de las/es usuarias/es se suma la precariedad laboral que arrastran lxs trabajadorxs de los servicios de salud, lo cual se vuelve un rasgo característico de las estructuras con las que opera el sistema: salarios bajos, malas condiciones edilicias, falta de insumos, destrato, sobrecarga horaria. Esto produce un acoplamiento fatídico en el que terminan chocando los requerimientos e insatisfacciones de usuarias/es, de adminitrativxs, de técnicxs y profesionales de la salud y las culpas terminan cayendo sobre los eslabones más precarios del sistema.

> Te dicen el turno a las 8 de la mañana, las compas se van súper puntuales. La doctora, doctor, llega a las 9 y media, y las compas se tienen que comer todo, y cuando reclaman, o las mandan a pasear, o directamente el médico o la médica se niega a atenderles. […] A vos te llamaron, pasaron 20 minutos desde que te llamó el médico, y vos no estabas, no te atienden. […] No te atienden, porque

5 Término nativo que refiere a buscar formas de resolver un problema o lograr un objetivo.

> llegaste 20 minutos tarde. Pero si tuviste que esperar una hora y media: ¡bancala! (Laura, mujer cis).

> Los pocos profesionales que hay están colapsados de turno. […] A mí no me alcanzarían los dedos de la mano para decirte cuántos niños están fuera del sistema de salud mental. Y los psicólogos que hay no dan abasto. No es que te pongan trabas, sino que te anotan en lista de espera, pero te anotan ahora en agosto [para atenderte en] diciembre, enero, recién (Cecilia, 36 años, mujer cis).

Que los cambios en los modos de acceso no hayan ido acompañados de una mejora en las condiciones de los servicios lleva a que persistan y se refuercen los viejos sentidos de espera, perseverancia y paciencia que pesan sobre los sectores más vulnerabilizados, aún bajo mecanismos más modernos, ágiles o tecnologizados. En contextos de pandemia y post pandemia, que no se hayan optimizado y ampliado instituciones centrales para el cuidado, como las de la salud, se tradujo en mayor exigencia para quienes, por su situación de precariedad, debieron procurarse el acceso a los sistemas de bienestar social. Más allá del acostumbramiento o voluntad de adaptación que las personas puedan tener para construir el acceso, en ocasiones la sobreexigencia se ha vuelto una barrera o motivo de frustración y alejamiento.

La estandarización como deshumanización

Otro aspecto que emerge de las experiencias de acceso inicial se relaciona con los impactos que la tecnologización de la gestión de turnos ha tenido sobre las representaciones y prácticas de las personas usuarias en su vínculo con el sistema. Si bien con las nuevas modalidades, las usuarias/es evitan realizar traslados y largas colas en las salitas, la automatización en la asignación de turnos no es percibida como agilización, rapidez o comodidad, sino como deshumanización.

Desde su punto de vista, la estandarización mediada por la tecnología produce malestar cuando se imponen más trámites administrativos o la situación personal no se encuentra contemplada entre las opciones que ofrece el sistema. Las personas no pueden explicarle al software, como lo harían con otra persona, cuál es la situación, si se necesita una atención urgente, si se necesita escoger un profesional en específico o si el día asignado no es conveniente por el trabajo o los quehaceres cotidianos. Las instituciones de salud crean documentos, protocolos y formas de estandarización para clasificar y direccionar a las personas según características que se repiten: dolencias, edades, género, antecedentes reproductivos, etc. (Yañez, 2017). Así, la organización de turnos

remoto que media casi todos los trayectos del sistema consiste en un formulario donde se elige entre opciones estandarizadas. El problema surge cuando la situación propia no cabe en ninguna de las opciones o se solicitan trámites anteriores para acceder. Por ejemplo, en la gestión de un turno para realizar un estudio ginecológico de control anual el sistema solicita la imagen de un pedido médico. Entonces, primero deben tramitar un turno para una consulta médica para obtener el pedido. Una vez obtenido el pedido deben solicitar el turno para el estudio. Una vez realizado el estudio deben volver a sacar un turno para llevar el resultado al médico. Esto es percibido por las/es usuarias/es como una tecnologización burocratizante de los circuitos.

> …para un pap y una colpo, te pide sí o sí que tenga la derivación. Entonces eso te burocratiza más. Porque tenés que sacar primero el turno para la consulta, que demora ese plazo de entre dos semanas y un mes. Cuando vas a la doctora, te da la orden para el pap y la colpo y tenés que volver a meterte en la aplicación, subir la imagen y esperar a que te contesten (Laura, mujer cis).

En otro ejemplo de este mismo fenómeno, una de las entrevistadas contó que tuvo una descompensación repentina por lo que fue directamente a una guardia, sus síntomas fueron considerados serios y fue atendida inmediatamente. Afortunadamente los resultados señalaron que no era grave y la derivaron a un neurólogo. A partir de allí, tuvo grandes dificultades para conseguir un turno para el especialista y continuar el tratamiento. Es decir que descartada la urgencia volvió al bucle de recorridos tecnologizados para poder tener un turno que le permitiera acceder a un diagnóstico y una medicación adecuada.

> Me quedé con la mitad de la cara paralizada y tuve que ir a la guardia. Y de ahí me hicieron la resonancia, que salió todo bien, y me hicieron una derivación a neurología. […] Costó un mes conseguir el turno. Sí, costó un mes conseguir el turno. […] porque ellos te traen la derivación, pero el turno lo tenés que sacar vos. Y se saca por medio de una aplicación, por mensaje de WhatsApp, en determinados días. Y si no conseguís en esos días, tenés que esperar a que se vuelva a habilitar la carga de turnos (Cecilia, 36 años, mujer cis).

Lo que cambió en el recorrido es el acompañamiento por parte de lxs agentes del sistema, que en el acto de derivar se desentienden de la situación y la usuaria queda sola con toda la carga de resolver sus problemas de salud.

Además, las/es usuarias/es señalan que la automatización les quitó la posibilidad de tener un trato con una persona que las informe, las oriente en cómo

seguir o las ayude. Ellas/elles no están pidiendo un trato excepcional, sino que haya empatía con las personas y que entiendan que no todas las situaciones son estandarizables. Al mediar con una aplicación, una instancia tan decisiva para el ingreso al sistema, como es el acceso al turno, el sentimiento de deshumanización cobra centralidad.

> Pero se sigue perdiendo la humanidad. […] yo antes me levantaba a las 6 de la mañana y caminaba hasta el hospital y me encontraba con una persona así, frente a frente, y decía, hola, buen día, vengo a sacar un turno. "Sí, hija, ¿para qué necesitas?" "Para esto". "Ay, para esto no tengo, pero mirá, te puedo conseguir para tal médico". Por la aplicación no le podés decir, […], te lo dan para el médico que venga y listo (Cecilia, 36 años, mujer cis).

> Si, tal vez podría [mejorar con] una atención humana porque es todo robótico. Es un sistema automático. Tal vez haya personas trabajando atrás, pero eso no lo sé. Tampoco hay nadie que te conteste y no hay un número ni nada a quién reclamarle en la página. Es como que si querés reclamar, tenés que ir al hospital (Ale, 18 años, varón trans).

Un aspecto que agrava este sentimiento de deshumanización es la introducción de penalidades en el sistema. Las/es usuarias/es advierten que con los mecanismos de obtención de turno remoto se les sanciona cuando no asisten.

> Si vos faltás a un turno médico, cuando vos querés volver a sacar el turno, no te lo asignan. Tenés que esperar una cierta cantidad de días para que te vuelvan a otorgar un turno (Cecilia, 36 años, mujer cis).

Esta es una nueva condición que se ha introducido en los mecanismos de ingreso a la salud que, sin embargo, encuentra correspondencia con viejos discursos y representaciones sobre lxs usuarixs. Antes de la pandemia, una de las razones por la que no daban turnos telefónicos era porque las personas no asistían. Para lxs usuarixs pasaba tanto tiempo (meses inclusive) entre la solicitud y la fecha efectiva del turno, que o ya no lo necesitaban o no podían organizarse para asistir o simplemente se olvidaban y no lo cancelaban con anticipación. Independientemente del motivo del ausentismo, vemos que la respuesta institucional abordó el problema con medidas que coartaron aún más las opciones de lxs usuarixs, pudiendo, por ejemplo, haber ideado otras salidas como el envío de recordatorios o la ampliación de los servicios para que sean atendidas dentro de un tiempo razonable.

Existe, de esta manera, una escisión entre la vida de las personas usuarias y los formatos, prácticas y discursos estandarizados con los que opera el ingreso

al sistema de salud (Smith, 2005; Yañez, 2017). Esto es percibido por ellas/es como una exigencia de adaptación, donde sus contextos y condiciones materiales de vida no son tenidos en cuenta.

La presencia de este tipo de dispositivos de control y castigo del comportamiento de las personas usuarias en los sistemas de turnos puede analizarse, al decir de Castiel y Álvarez-Dardet (2010), como el discurso de la responsabilización personal, compatible con la moralidad, el individualismo y las condiciones de producción de las sociedades neoliberales. Como advierten los autores, "los discursos sanitarios son compatibles con los discursos de época, e incluso son síntoma de nuestros tiempos" (Castiel y Álvarez-Dardet 2010: 29). Este discurso, predominante en el ámbito de la salud, se funda en la noción del individuo como agente racional, dotado de voluntad y de los medios necesarios para elegir. Así, el cuidado de la salud es su propia responsabilidad y se asocian los sentidos de irresponsabilidad con los de riesgo y culpa individual, sobre todo cuando las personas no siguen las prescripciones y obligaciones señaladas. Se abstraen de esta manera las situaciones de sus determinantes estructurales, materiales e históricos y el cuidado de la vida de los colectivos humanos pierde importancia frente a la ponderación del control social, la intervención y la medicalización.

El estatus legal como puerta abierta o cerrada

Como indican Comes y colaboradoras (2007: 203), entre los aspectos de la dimensión simbólica de la accesibilidad juegan un papel fundamental las representaciones sociales sobre el derecho a la atención de la salud. Estas autoras señalan que la idea o la representación de si se tiene derecho o no a la atención de la salud motiva diferentes encuentros y desencuentros entre las usuarias (sobre todo mujeres pobres) y los servicios de salud. En este sentido, el conocimiento sobre la legalidad de un procedimiento médico juega un papel fundamental para acercar los discursos a las prácticas de las personas usuarias, favoreciendo el efectivo ejercicio y acceso al derecho. Asimismo, el estatus legal de algunas prácticas promueve o no el acceso a los servicios y esto es especialmente notable en la atención de la salud de las personas trans y en el acceso al aborto. En aquellas prácticas cuya legitimidad es endeble, el maltrato o la posibilidad de experimentarlo por la discriminación de clase, de género y/o xenofobia lleva a que las/es usuarias/es pospongan la atención médica ante una urgencia o para realizarse controles de salud.

> ...mirá, durante mucho tiempo nuestra mera existencia como mujeres trans era ilegal. Así que no podíamos acceder a la salud, no éramos tratadas como

> la gente. Entonces nuestra única opción en aquel entonces era acudir a las mujeres trans mayores, que ellas nos medicaban. Pero ahora veo que hay un cambio, pero muy poquito ese cambio. O sea, los médicos que ya tienen cierta cantidad de edad, de 45 años, 50 años para arriba, no te tratan bien. Los chicos que son más jóvenes sí te dan más información, accedes más a la información, todas esas cosas (Lohana, 46 años, mujer trans).

La ilegalidad o la falta de regulación que ampare el derecho a la salud excluye del sistema porque las personas usuarias temen ser amenazadas, denunciadas o sometidas a malos tratos y discriminación. Con los cambios normativos, el mayor acceso a información y las transformaciones culturales que los acompañan, especialmente en lo relativo a la salud sexual, las/es usuarias/es enfrentan de otro modo a los servicios de salud. En definitiva, la ampliación legal les da a las/es usuarias/es herramientas con las que ir al encuentro con el sistema, mejor posicionadas/es sobre qué tienen derecho a exigir y cómo deben ser tratadas/es.

> …son tratos no dignos, es decir, son tratos binaristas, son tratos donde te tratan con el nombre muerto (...) según la ley de identidad de género, tengas o no tengas el DNI, te tienen que tratar con el nombre que vos le decís y generalmente no lo hacen. A propósito, te tratan del género que no sos (Andi, 36 años, no binarie).

> No puede faltar un método anticonceptivo. Yo no puedo elegir ponerme una inyección porque no hay un DIU. Por ejemplo, yo debería poder ponerme un DIU o debería poder ponerme un implante. ¿Entendés? La folletería, la comunicación, el acceso a la salud que realmente sea accesible, no que sea privilegiado para algunos (Cecilia, 36 años, mujer cis).

El acceso a la información sobre los derechos es fundamental para acceder a éstos y ejercerlos, tanto para la prevención como para los tratamientos en el campo de la salud. Por ejemplo, el Programa Nacional de Salud Sexual tiene 20 años de funcionamiento y con el tiempo de implementación se ha ido ampliando la información sobre los servicios que presta.

> Yo me acuerdo cuando era más guachina, nunca supe lo que era que hubieran medicamentos anticonceptivos o los profilácticos. No se conseguía en las salas. No había preservativo, no estaba la pastilla del día después, no te daban las pastillas para cuidarte, era un tema conseguir turnos. Como que a medida que han transcurrido los años, sí me consta que es muy accesible. […] Ahora está eso, tenés el chip, tenés las pastillas, tenés pastillas del día después en el hospital, no sé, cómo que se consigue bastante (Laura, mujer cis).

Claramente, la legalidad de las prácticas opera ampliando las condiciones y discursos de los servicios, pero también aporta discursos y conocimientos al conjunto de representaciones, disposiciones y estrategias con las que las personas usuarias llegan al encuentro con el sistema.

Vemos con ello que el estatus legal de los derechos sexuales no sólo vuelve los discursos más accesibles sino también las prácticas se vuelven, en su conjunto, más dignas. Porque no se trata de solicitar que lxs profesionales sean amigables y se compadezcan de la situación particular, sino de que las/es usuarias/es están accediendo en tanto sujetas/es de derechos a la garantía de un derecho reconocido y legitimado.

Navegando el sistema: las valoraciones de la accesibilidad en sentido amplio

El concepto generoso de trabajo acuñado por Dorothy Smith resulta revelador para nombrar al conjunto de esfuerzos que las mujeres hacen para acceder, adaptarse y sostenerse dentro de los servicios de salud (Smith, 2005; Yañez, 2017). Converger con la atención médica requiere en primer lugar una ingeniería cotidiana por parte de las/es usuarias/es para organizar las responsabilidades laborales y de cuidado, llegando a dejar en suspenso la vida para poder asistir a un turno, retirar medicación o mantenerse al día con los controles de salud de sus hijxs.

En medio del laberinto conformado por las propias condiciones de vida y las condiciones que impone el sistema, la forma en que las/es usuarias/es navegan por los servicios refleja distintas representaciones y prácticas. Las/es usuarias/es construyen estrategias variadas y plásticas en función de distintos criterios de valoración de los servicios, criterios que son móviles y se activan según el escenario que estos representan.

En este sentido, la valoración que hacen sobre la mediación tecnológica es dinámica y depende del servicio que se ofrezca, de cómo logran relacionarse con éste y de si resuelven o no el motivo de la consulta. Si la tecnología permite resolver el problema, la deshumanización ya no es una preocupación central porque prima la agilidad, en cambio si no pueden resolverlo, el servicio y la tecnología son una barrera de acceso.

> …cuando funciona bien está bueno, cuando no funciona es un garrón, porque lo tenés ahí, a ver, porque te facilita la existencia, que vos entrés a una aplicación, pidas una especialidad, y, no sé, subas una foto, un certificado, si [es que] lo tenés, y si lo tenés, te digan bueno, llévalo cuando vayas a presentarte

> al turno y qué sé yo, y nada, es bastante sencillo y te resuelve la existencia. Pero cuando la aplicación no funciona, es una porquería, es como tener, no sé, todo para martillar una pared con un martillo y el martillo, no sé, se desarma, es como de goma, no clava (Andi, 36 años, no binarie).

Vemos así que uno de los principales criterios de valoración en cuanto al tránsito por el sistema es la agilidad y la efectividad. Las/es usuarias/es eligen aquellos servicios y canales por los cuales resuelven más rápidamente, aunque ello implique mayores traslados, atenderse en distintos efectores, cambiar de horarios, activar recursos o reorganizar rutinas.

> Prefiero ir a ese [hospital] porque es rápido la atención. [No] tenés que ir a pasar por ocho lugares antes de que te atiendan o de estar dos horas esperando. Como que sacás el turno y esperás sentado y [te lo dan como en] 20 minutos y saliste y buscaste la medicación y te fuiste (Andi, 36 años, no binarie).

Otro criterio de valoración al momento de optar por servicios es la calidad y calidez en el trato dentro del consultorio. Las/es usuarias/es prefieren trasladarse y transitar distintos efectores, aunque ello implique más esfuerzos, antes que ser tratadas de manera impersonal, fría o incluso violenta.

> …a veces con las formas violentas que tienen de tratarte, tampoco te da ganas de ir, o sea, yo soy una persona que prefiere ahorrarse eso… La mala experiencia…te quitan las ganas de ir. [Cuando tenés] una buena experiencia en el lugar, la verdad que si el viaje es un poquito larguito no me importa" (Andi, 36 años, no binarie).

> Fueras a la hora que fueras, fueras a donde fueras, al médico que fueras, te trataban mal (...) Yo cuando empecé a ver ese cambio, fue como, ¿sabes qué? No, no quiero esto para mi hija, no lo quiero ni para mí, imaginate si lo voy a querer para mi hija. Empecé a buscar en otros centros de salud y encontré […] pediatras que atienden bien a las niñas. Una obstetra que me puede atender bien a mí. Un clínico que atiende espectacular. […] Entonces vas buscando en otros lugares alternativos. Así te tengas que dividir en 40. Porque en el [hospital A] tenía todo, ahora no tiene nada, y lo que tiene, no nos está sirviendo (Cecilia, 36 años, mujer cis).

Así, las representaciones sobre lo que sirve o no sirve en un servicio, se vinculan no solo con la efectividad en la resolución, sino también con la calidad en el trato. Desde la perspectiva de las/es usuarias/es, calidad significa que se considere su salud de manera integral, no solo su salud física sino también

sus deseos y necesidades; la posibilidad de elegir cuál método anticonceptivo usar o cómo desean ser nombradas/es y registradas/es; que se les informe sobre sus opciones; que se tengan en cuenta sus contextos de vida y posibilidades materiales al momento de recetar una medicación o dar indicaciones a seguir.

> [un profesional que te respeta] te pregunta cómo es el día a día, cómo trabajas, en qué horario, todo, todo, todo, como para poder ver. Y te explica por qué te manda hacer un análisis, te explica por qué puede ser que te esté pasando esto. Y volvés con los estudios y te dice, esto está bien, esto está bien. Ah, acá esto está mal. Y te dice qué es lo que podés hacer… (Vale, mujer cis)

> Nosotras no [podemos acceder] porque ya estamos grandes para los implantes. El implante ahora es de 16 a 24. Yo más de una vez quise ponérmelo y en todos lados me rebotaron (...). Y me tuve que poner un DIU por tercera vez, que mi cuerpo rechazó. Y ahora me tengo que cuidar con inyecciones, que para mí no era el mejor método. ¿Me entiendes? Pero, es como, si no me queda otra... entonces es como un poco injusto, me parece (Cecilia, 36 años, mujer cis).

Cuando las prácticas y discursos presentes en el sistema de salud no contemplan la integralidad de la vida de las/es usuarias/es, es decir su existencia como sujetas/es encarnadas/es, con condiciones materiales, sociales y simbólicas que no pueden ser abstraídas, se genera un bache que termina siendo compensado mediante el esfuerzo de adaptación por parte de ellas/es. Este trabajo de adaptación a los servicios incluye las acciones de visibilizar y reclamar el respeto hacia aquellas singularidades de la propia vida que son disruptivas en los órdenes institucionales (Yañez, 2017). No es menor que las características de vida que resultan más problemáticas suelen estar relacionadas con condiciones individuales y sociales de vulnerabilidad.

> Muchas veces el usuario de salud se tiene que adaptar al sistema de salud y el sistema de salud rara vez hace ese cambio para adaptarse al usuario. Como muchas veces nos ha pasado que le dicen a una persona bueno, vaya a su casa, haga ese vapor con el nebulizador y capaz que la persona no tiene ni cocina ni garrafa. O esta dieta de Gatorade, de marcas y cuando uno no tiene ni siquiera para darle de comer a los hijos. (...) O en la pandemia que nos decían hay que lavarse con agua y jabón todos los días las manos y hay gente acá que no tiene ni agua. O sea, …le estás pidiendo a la gente que se lave con agua y jabón y hay gente que no tiene agua. Tiene que caminar tanto para acarrear agua, salir a buscar agua, agua helada en pleno invierno. ¿En serio le vas a decir a la gente que se lave con agua y jabón? ¿Estás viendo y no estás viendo? (Vale, mujer cis).

Las problemáticas que devienen de las relaciones desiguales de género interfieren incrementando estas condiciones de vulnerabilidad. Las personas que viven en situación de violencia y de explotación enfrentan peores obstáculos para el acceso a la salud y para el acceso a la prevención sobre todo cuando se encuentran en situaciones de riesgo específico, como la violencia de género doméstica, la prostitución o el trabajo sexual.

> Hay muchas chicas que lamentablemente están bajo presión del vividor, del proxeneta. Y no van a hacerse ver, porque el tipo no las deja [o porque] ellas tienen miedo, están esclavizadas trabajando. […]. O sea que es imposible que vayas a atenderte. Y también están más expuestas a infecciones de transmisión sexual y todo eso (Lohana, 46 años, mujer trans).

> …era como complejo, tenías que ir muchas veces y por ahí no habían los insumos (...) cada vez que quería hacerme estudios, como la colposcopía y el papanicolaou, no había el líquido. Cuando ya me lo podía hacer al estudio, me lo hacían, pero demoraba un tiempo (...) yo tenía que hacer ese tramuyo del médico en medio de una situación de violencia, y al mismo tiempo tener que tratar de buscar un hogar para salir, y al mismo tiempo sostener a los chicos, y al mismo tiempo tratar de estudiar, ¿a dónde encaja eso? No encaja en ningún lado. Entonces son pérdidas de tiempo, de burocracias (Andi, 36 años, no binarie).

Asimismo, la sobrecarga que implican las dobles y triples jornadas de trabajo productivo y reproductivo para quienes maternan o están a cargo del cuidado de otrxs en los sectores vulnerabilizados, hace que posterguen el cuidado de su propia salud llegando a situaciones de desatención y desenganche del sistema que pueden resultar perjudiciales.

Con todo, las estrategias para sortear los obstáculos en el acceso y tránsito por el sistema de salud son variadas: pagar un servicio particular, buscar en otras instituciones, reducir el contacto con el sistema, apelar a algún conocido, resignarse a lo disponible. Estas estrategias implican mayor sobrecarga material y emocional en las tareas de gestión de la salud cuando se abordan individualmente, pero cuando son activadas por las redes comunitarias y vinculares se amplía la accesibilidad.

La comunidad y las redes vinculares en la construcción de accesibilidad

Las personas usuarias no llegan al sistema como individuos aislados, sino que portan consigo experiencias, recursos, conocimientos y estrategias que emanan de sus comunidades que juegan un rol clave en la construcción de la accesibilidad. Las/es entrevistadas/es relatan distintos escenarios donde el acceso al derecho a la salud no hubiese sido posible, o hubiese resultado mucho más dificultoso, sin la existencia de estos actores y recursos colectivos. En primer lugar, se destaca el rol que juegan las organizaciones sociales, referentes barriales y espacios comunitarios.

> Siempre he pedido turnos por teléfono o si no he hablado con alguna persona, por ejemplo, la gente de (organización A) y ellos me han ayudado y consiguieron los medicamentos y que me vea el médico (Lohana, 46 años, mujer trans).

No se trata solo de organizaciones dedicadas a temas de salud, intervienen también aquellas abocadas a otro tipo de trabajo territorial como la asistencia social y alimentaria, el cuidado de infancias, la educación o la organización política barrial. Éstas construyen acceso por medio de la gestión de recursos, que pueden variar desde conseguir turnos y medicamentos, hasta el pedido de unidades sanitarias o la movilización de influencias para habilitar esas visitas al territorio.

Una usuaria entrevistada nos comenta cómo la directora de un jardín maternal, que funciona dentro de un centro educativo de la comunidad, realiza acciones de articulación con las instituciones de salud y de bienestar social para acercar los servicios al territorio. La gestión de estos recursos acorta trayectos y habilita, aunque de forma coyuntural y esporádica, nuevas condiciones en los servicios. Las/es usuarias/es que tienen circunstancias de vida –disponibilidad de tiempo, distancias geográficas, cargas familiares– que les dificultan acceder dentro de los términos y condiciones establecidos por el sistema, encuentran así una oportunidad para hacerlo.

Cuando existe articulación entre los efectores del sistema y lxs referentes comunitarias, éstxs últimxs actúan como caja de resonancia: difunden la disponibilidad de recursos en el territorio, realizan actividades de promoción de la salud, mediante talleres de formación, charlas y espacios grupales.

> …cuando tenemos flyers de algunas acciones o cosas que se hacen, lo pasamos a nuestro grupo (de wsp), lo pasamos a nuestros vecinos, lo pasamos por todos lados. Si no lo haces así, nadie se va a enterar (Vale, mujer cis).

> (organización b) son chicos que trabajan ayudando a gente que tiene VIH positivo. Siempre estoy en contacto con ellos y ellos hacen reuniones o talleres donde invitan a muchas chicas de la comunidad trans (Lohana, 46 años, mujer trans).

Estas acciones resultan clave para la detección y el abordaje de necesidades en salud sexual, reproductiva y no reproductiva y violencias de género, la concientización sobre problemáticas vinculadas y la difusión de información sobre derechos en los territorios.

> Las de (organización barrial) a nosotras nos enseñaron la práctica del espejo. Parece una pelotudez, pero yo tenía 18 años y nunca en mi vida la había escuchado y la escuché la primera vez (...) era una práctica tan sencilla como ponerte el espejo abajo y ver, primero conocerte allá abajo, que no tenés posibilidad de verlo de otra manera, para poder notar si tenés algo que no está adecuado ahí, que no va, que no es natural (Laura, mujer cis).

La dinámica de mirarse la vulva a través de un espejo es una forma de autoconocimiento, una experiencia de vinculación y apropiación del propio cuerpo, de cuestionamiento y politización sobre el hecho de que las mujeres desconozcan sus propios genitales. Se trata de una experiencia de concientización a la cual nuestra entrevistada llegó a partir de un taller de educación popular en salud realizado por una organización territorial y feminista en su barrio.

Algunas de las usuarias entrevistadas nos contaron que se integraron a estas organizaciones a partir de haber sido acompañadas y que ahora forman parte activa de las mismas estrategias de construcción de accesibilidad a los derechos que relatan.

> Y como trabajo en la calle, trabajaba antes en la calle, conocía mucha gente y ahora estoy en [la organización]. Cada vez que hacemos esas actividades nocturnas (recorridas), las invitamos ahí para que sepan, para que se hagan unos análisis, para que usen el profiláctico, todo ese tipo de cosas (...) hace un mes salimos, a (buscar a) las chicas de la calle y las invitamos a un día especial para que hicieran, en toda la salud, que se hagan exámenes de salud sexual, o sea, el papanicolao, todas esas cosas. Todas esas cosas que son necesarias... (Lohana, 46 años, mujer trans).

> Y quedamos nosotras en [la organización] (...) Y hacemos eso, acompañamientos a mujeres en situación de violencia y talleres de ESI en el CAE (...) de esa manera llegas a más personas y tejes redes de otra manera (Vale, mujer cis).

Este trabajo territorial complejo aporta desde distintas dimensiones al sostenimiento de la vida en las comunidades. Se trata de redes de contención heterogéneas, más o menos organizadas, más o menos artesanales, que se tejen conectando necesidades con servicios, y comprometiendo recursos personales, organizacionales y estatales. En algunos casos estas redes funcionan también

politizando las necesidades y convirtiéndolas en demandas organizadas para plantear ante el Estado.

> Yo debería estar muerta, ponele, sin las organizaciones sociales. […] a través de las organizaciones sociales, con más diferencias políticas, menos, más diferencias metodológicas o no, las compas sabemos que no estamos solas. Se arman redes de contención muy grandes, donde te pueden acompañar tanto a una cuestión médica de tu hijo, a una cuestión de salud tuya, a una cuestión de violencia de género, o para tapar un bache económico que no tenés, hacer una rifa. Es una red de contención que te permite no pensarte sola (Laura, mujer cis).

Otro conjunto de actores clave en la construcción de accesibilidad son las redes vinculares con las que cuentan las personas usuarias. Ya sean personas conocidas, familiares, vecinxs o contactos dentro de los efectores que funcionan socializando experiencias, propagando información o incluso habilitando puertas. Así, el capital social que portan algunas personas usuarias es una pieza fundamental que les facilita el acceso.

Tener "un conocido"[6] es una puerta de entrada alternativa al sistema que acorta trayectos y tiempos de espera. En ocasiones, es la posibilidad de saber cómo navegar los servicios antes del encuentro con los efectores, ahorrando malas vivencias o la incertidumbre de someterse a la prueba y error.

> …si tengo que ir al médico, pregunto la experiencia, es decir, ¿alguien sabe de tal lugar qué tal es? o ¿qué recomendaciones tienen? (Andi, 36 años, no binarie).

> Sé [a dónde ir] por la información que se va pasando boca a boca. Que te van diciendo: allá me atendieron bien, allá esto, allá lo otro (Lohana, 46 años, mujer trans).

Las/es usuarias/es prefieren preguntar y buscar referencias cercanas antes de acudir a un nuevo servicio. Así también, usan este tipo de estrategias para ayudar a sus propios familiares, amigas/es y vecinas/es, brindando información cuando éstas requieren algún tipo de atención.

> (...) de repente se corría la voz, y no sé, de repente me decían, mirá, hay un amigue que, es trans, y está atravesando esta situación, y … [yo les decía:] "puede pedir un turno, puede hacer esto, puede hacer lo otro, puede ir a tal lado, puede decir esto, esto y esto", y ya va cortando los trayectos, porque la verdad que es un garrón ir y no saber qué tenés que decir, no sabés qué te pueden decir (Andi, 36 años, no binarie).

6 Término nativo que refiere al conjunto de contactos producto de vínculos personales.

De esta manera, las redes vinculares construyen accesibilidad socializando un conocimiento recabado a partir de experiencias propias y ajenas, corriendo la voz sobre cómo pedir un turno, cómo es el trato, dónde solicitar medicamentos y tratamientos, dónde hay disponible tal o cual recurso. Esto se ve mayormente en lo relativo al campo de la salud sexual y reproductiva, ya que, según las/es usuarias/es, por un lado, hay poca información para el acceso a la salud integral de las personas trans, y por otro, existe la posibilidad de vivir malos tratos en los servicios de ginecología y o verse afectada por la fluctuante disponibilidad de métodos anticonceptivos.

> Quise empezar (la terapia hormonal) y me fui informando de a poco, fui conociendo personas, pero como te digo, fue como muy, casi como si fuera algo ilegal se sintió (...) Mi mamá contactó a una persona que nos guío, nos comentó cómo era todo el sistema y nos pasó contactos de las personas que trabajan ahí (Ale, 18 años, varón trans).

> …tenemos chicas jovencitas que no quieren ir a una ginecóloga porque no saben con qué se van a encontrar (...) Yo todo el tiempo pecho con mi hija que tiene 17 años o con mis hermanas o con mis sobrinas, recomendándole: –mirá, allá hay una mansa ginecóloga que es re jovencita, que te entiende, que es rebuena, que te explica todo, anda allá (Cecilia, 36 años, mujer cis).

En el campo de la salud sexual y reproductiva, las redes vinculares territorializadas mapean los servicios y diseminan este conocimiento experiencial alcanzando a nuevas mujeres y disidencias. Esto puede observarse principalmente en los ingresos al sistema, pero también en lo relativo a la permanencia y continuidad dentro del mismo. Como analizamos anteriormente, navegar en el sistema exige de las/es usuarias/es ciertas disposiciones y esfuerzos de adaptación, paciencia, resignación o tolerancia a malos tratos, de ingenierías e imaginación para evitar obstáculos. Esas experiencias pueden llevar a la desconexión del vínculo que se expresa en frases como “no vuelven más”, “se van y no vuelven”, “no volví más”, “prefiero automedicarme”. Vemos que, en ocasiones, las redes vinculares operan reparando y reconectando ese vínculo usuarixs-sistema si una mala experiencia ha provocado o está por provocar dicha desconexión. “No, no vayas allá. Andá allá” es la expresión de una red que se activa y se tensa aportando a la re-construcción de una accesibilidad en sentido ampliado.

> Me fui a [centro de salud] (porque) me dicen que hay una buena ginecóloga, no sé qué. Eso me lo dice M. Que M. es una señora también de la zona, una señora mayor, que es lo que acá conocemos como una promotora de salud. Ella trabaja en diferentes centros de salud, también ayudando a la comunidad a conseguir turnos (Cecilia, 36 años, mujer cis).

La acción de las redes vinculares se articula con la incidencia del tercer conjunto de actores: los agentes comprometidxs que se encuentran dentro del sistema. En este sentido, la acción de algunas promotoras de la salud, administrativas y enfermeras resulta central. Desde los márgenes y en contacto con los territorios, mantienen una relación de cercanía con lxs usuarixs, siendo en muchos casos parte de la misma comunidad. Esto les permite conocer de primera mano las necesidades y condiciones de vida que, de no ser atendidas, pueden convertirse en barreras de acceso difíciles de desarmar.

> Marce, que es la administrativa, ella también gestiona muchos turnos para la gente acá, pero no es algo que sea su trabajo y ella lo hace (...) Y estas chicas promotoras que vienen acá, lo hacen para la gente que no tiene celular, o que no sabe cómo usar una aplicación, o que no sabe leer, quizás, mucha gente tiene un documento y no sabe el apellido de la persona (Cecilia, 36 años, mujer cis).

Como analizamos anteriormente, la capacidad de gestionar un turno como requisito para lograr la entrada al sistema, es una de las principales barreras en contextos de mayor vulnerabilidad social. Que el acceso al turno se encuentre mediado por la tecnología resulta excluyente ante la ausencia de un celular, electricidad, dinero para cargar crédito, o conocimiento sobre el uso de la plataforma. En este aspecto, el trabajo de estas trabajadoras de la salud suple el bache que existe entre las condiciones de los servicios y las condiciones de las personas usuarias. Dicho trabajo también opera reforzando la accesibilidad en sentido amplio ya que, por medio de recomendaciones y vinculaciones, estas promotoras, enfermeras y administrativas orientan a las/es usuarias/es hacia servicios amigables y arman recorridos más efectivos.

> …hace poco me enteré de esto, que hay un grupo de WhatsApp, muy informal, de una enfermera que trabaja ahí, que se puso ella sola casi, a hacer todo eso porque vio que no era útil la forma de sacar turno en la página del hospital (Ale, 18 años, varón trans).

> Entonces esta mujer que tiene un cargo, que es administrativa, que vos decís, bueno… no es doctora, no es enfermera… ella sabe que tiene tres implantes y dice, ¿tenés chicas? Ahí en el barrio tengo tres implantes, mándamelas ya. Y vos sabés que hay tres chicas que quizás no querés que se queden embarazadas o que tienen un novio abusivo. Y le decís, che, mirá, andá ... y las pibas salen corriendo a ponérselo (Cecilia, 36 años, mujer cis).

Sin embargo, cuando existen dificultades en la accesibilidad o cuando una situación de maltrato por parte de algún efector ha provocado la expulsión y

no ha sido posible reconectar a las/es usuarias/es, las personas acuden a circuitos alternativos. Hemos observado que esto aparece principalmente en lo relativo a la salud de las personas travestis, trans y no binarias. Buscan información por internet, inician terapias alternativas, postergan su salud, realizan denuncias públicas que refuerzan ese sentido de desconexión.

> Tengo amigues y conocides que la pasan re mal, y realmente mal. ¿Y ante eso qué hacen? ¿Qué vas a hacer? Llorás, te quejas con la gente que es como vos, y tratás de buscar algún apoyo, tratás de visibilizarlo (...) en las redes hacen algún tipo de publicación, se hacen algunos tipos de fanzine para contar la experiencia, para mostrar lo que sucede, no sé, y por ahí cuando personas trans están en alguna situación de vulnerabilidad que tiene que ver con el tema de la salud, se hacen colectas, se hacen apañes, eso existe mucho, por ejemplo, en la comunidad trans, o en la comunidad LGTBIQ, existe mucho ese apañe (Andi, 36 años, no binarie).

Así, observamos que luego del desenganche existen actitudes evitativas. Las personas "no vuelven" y se vuelcan sobre sus redes vinculares para gestionar procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado. La gestión de medicamentos por fuera del sistema es expresión de ello, donde la ausencia de respuesta o una respuesta deficiente por parte del Estado ante las necesidades de estos sectores, aumenta su vulnerabilidad y afecta el ejercicio de sus derechos.

> … [una persona trans dice] "me falta la medicación hace dos meses, hace dos meses que no tengo, no sé, la Androcur, o no tengo algún tipo de inyección, ¿alguien la tiene?" entonces se va corriendo la voz y se va accediendo de ese modo (Andi, 36 años, no binarie).

La escasa información sobre la disponibilidad de tratamientos hormonales e intervenciones, las dificultades para acceder a turnos, la falta de disposiciones para la espera del turno asignado, los malos tratos y violencias vividas, el cisexismo del sistema y el desconocimiento sobre los servicios existentes, son distintas aristas del escenario donde la gestión de medicamentos de manera solidaria y por fuera del sistema es una estrategia que crece. En efecto, cuando estas estrategias han sido tejidas en condiciones de precariedad, ya sea por falta de recursos económicos o por falta de información, pueden desencadenar escenarios de mayor vulnerabilidad. Es la disyuntiva entre las condiciones de los servicios y las representaciones de estas personas usuarias, la que incentiva esas formas de acceso y ejercicio del derecho a la identidad de género y a la salud integral que, sin embargo, pueden resultar frágiles y riesgosas.

Reflexiones finales

El contexto de la pandemia produjo cambios en la forma de ir al encuentro de las personas usuarias con el sistema de salud, pero no en beneficio de lxs usuarixs. La automatización de los mecanismos de acceso y permanencia no fue acompañada de una ampliación ni un mejoramiento en las prestaciones. Asimismo, esta nueva modalidad trajo consigo lógicas de estandarización y percepciones de deshumanización.

La falta de contemplación de cómo viven las personas, de cómo se organizan en las tareas cotidianas y de cuidado, de cómo gestionan los recursos para la subsistencia, parece ser el eje articulador en la organización del sistema. Un sistema que no considera que la vida y el tiempo de las/es usuarias/es tienen un valor en sí mismos, y que no siempre puede adaptarse a la oferta, que a su vez es limitada en cantidad de prestaciones, prestadores y horarios.

Ante esto, tanto las/es usuarias/es como sus comunidades han desarrollado estrategias, prácticas y esfuerzos para modelar sus formas de accesibilidad en un sistema que estableció nuevas condiciones a partir de una situación de excepcionalidad –como fue la pandemia–. En cuanto el diagnóstico que impulsó las modificaciones en los mecanismos de acceso inicial y tránsito no estuvo centrado en lxs usuarixs, sino que partió de la comodidad de quienes financian y ofrecen el servicio de salud. Ni la tecnología ni los procesos de automatización facilitarán el encuentro, porque no es su objetivo.

En un contexto de precariedades individuales y sociales, es urgente fortalecer al sistema de salud pública, porque no contar con respuestas del Estado aumenta la vulnerabilidad y empeora las condiciones de vida. En este sentido no solo es necesario más y mejor calidad en los servicios, sino también la decidida orientación hacia el objetivo de facilitar el encuentro entre lxs usuarixs –como sujetxs con derechos– y los servicios de salud, robusteciendo prácticas más democráticas. Para ello, es imprescindible incorporar al diagnóstico las necesidades y condiciones de vidas de las personas usuarias en su integralidad, así como también poner en valor y profundizar acciones existentes que ya viene ampliando la accesibilidad y promoviendo la permanencia. Nos referimos a la articulación con las organizaciones y las comunidades; la promoción del trato respetuoso por parte de lxs profesionales de la salud y su formación para el conocimiento de las leyes tendientes a disminuir las desigualdades y el fortalecimiento de la presencia de trabajadorxs de la salud, en todos los niveles, áreas y funciones, comprometidxs con los derechos sexuales y a la salud con dignidad.

Bibliografía

Ballesteros, M. S., Freidin, B. y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido: Barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. *En Pecheny, Mario y Palumbo, Mariana. Esperar y Hacer esperar.* Buenos Aires: Teseo.

Castiel, L. D, y Álvarez-Dardet Díaz, C. (2010). *La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar.

Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, Vol. XIV, 2007, pp. 201-209. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019

Smith, D. (2005). *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. Altamira Press.

Stolkiner, A. y Barcala, A. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En Domínguez Mon, A. *et al.*(comp.) *La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.* Buenos Aires: Dunken.

Yañez, S. (2017). Una reflexión sobre la etnografía institucional como herramienta de análisis feminista. *Actas del V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS)*, 1-15.

Capítulo 5

Experiencias en salud sexual y procesos de vulnerabilización: accesibilidad y agencia de mujeres cis y trans en un barrio de la ciudad de Santa Fe

Leila M. Passerino y Leila Abdala

Introducción

En este capítulo nos planteamos poner en discusión y tensión las categorías de accesibilidad, autonomía relacional y agencia a partir de reflexionar sobre las experiencias de salud sexual de mujeres cis y trans que habitan el barrio La Vuelta del Paraguayo (LVDP) de la ciudad de Santa Fe. Se analizaron en total nueve entrevistas a mujeres-cis y a dos mujeres trans del barrio. Los lugares donde llevamos a cabo las entrevistas fueron las propias casas de las mujeres y en un centro cultural y comunitario del barrio. Algunas de ellas fueron individuales y otras grupales. El trabajo de campo realizado y los intercambios con ellas nos llevaron a problematizar las particularidades, mediaciones y modos situados que constituyen y participan de sus biografías y experiencias sexuales. Para complementar sus voces, también analizamos entrevistas que hicimos a militantes barriales, funcionarias municipales y provinciales, y agentes de salud cuyas acciones y labor intervienen y participan de las experiencias de las mujeres.

Para comenzar, consideramos importante dar cuenta del territorio que habitan nuestras interlocutoras, en la medida en que sus condiciones de existencia son constitutivas de sus biografías, en general, y de sus experiencias de salud sexual, en particular. La Vuelta del Paraguayo es un barrio de más de 100 años que forma parte del territorio isleño del municipio de Santa Fe, ubicado en el valle aluvial del Río Paraná. Esta característica ribereña hace que la población genere condiciones de habitar el territorio en convivencia con el río y las

inundaciones. Las recurrentes crecidas y bajantes del río afectan a la población de este barrio, la cual –en muchas ocasiones– debe abandonar temporalmente sus viviendas y evacuarse en centros dispuestos por la municipalidad o en refugios autoconstruidos; autogestionar caminos sanitarios para llegar a sus hogares y lugares de trabajos, caminar varios kilómetros para acceder al transporte público o recurrir a otros medios de movilidad y realizar el mantenimiento de las obras de defensas para evitar filtraciones (Acebal, 2023). Con el transcurrir de las sucesivas inundaciones en la ciudad de Santa Fe, desde inicios del siglo XXI –principalmente, a partir del 2003– el Estado municipal fue consolidando un conjunto de saberes que orientan un reordenamiento territorial centrado en la gestión del riesgo hídrico (Crovella, 2011; Acebal, 2015). Con este nuevo marco, se establecieron zonas seguras y habitables y las zonas de riesgo, por tanto, inhabitables. Así, el barrio isleño La Vuelta del Paraguayo, entre otros más, comenzó a definirse como zona de riesgo hídrico por ubicarse en el valle aluvial del río Paraná. Esta categorización municipal supone para sus habitantes la amenaza constante de la relocalización por parte del gobierno municipal y el cuestionamiento de la posibilidad de seguir habitando y desarrollando la vida allí. En este sentido, la población se encuentra expuesta a un doble riesgo: el de las inundaciones y el de las relocalizaciones. Como lo plantean los trabajos de Martínez (2023a, 2023b), es importante recuperar una perspectiva de género para analizar estos riesgos, ya que son las mujeres quienes asumen principalmente las tareas de reproducción y se hallan más expuestas a los ciclos del río y a las condiciones e incomodidades vinculadas a la domesticación del espacio.

Otra de las características del barrio es que sus calles o senderos no tienen un trazado urbano y son de tierra, aspecto que inhabilita el acceso y la salida los días de lluvia. Tampoco existen medios de transporte públicos que ingresen a LVDP, por lo que las personas deben caminar aproximadamente diez cuadras hasta la parada del colectivo más cercano o trasladarse en canoa. Como el barrio no posee un centro de salud propio, esta condición limita y dificulta el traslado a los servicios de salud, y al acceso, en caso de emergencias, de ambulancias y automóviles para realizar traslados. Asimismo, el barrio tampoco cuenta con servicio regular de agua potable, luz, cloacas ni de recolección de residuos.

Según el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) el barrio se encuentra habitado por aproximadamente 220 familias, aunque no hay censos específicos sobre esta población, datos sociodemográficos sobre el nivel educativo, ocupaciones, características de las viviendas, etc. Investigaciones como la de Acebal (2023) que han indagado sobre las condiciones de existencia de esta población dan cuenta de que, si bien históricamente era un barrio

que trabajaba en torno a la pesca y la actividad portuaria, el paso de tiempo y las nuevas reglamentaciones sobre el ejercicio de la pesca y los cambios en la forma de la actividad portuaria han hecho que la mayoría de las personas de estos lugares se empleen como mano de obra en empresas constructoras, en la prestación de servicios (domésticos, cuidados de niñxs, ancianxs), en changas[1] o en dependencias públicas –en menor medida. Respecto al acceso y permanencia en el sistema educativo, gran parte de la población del barrio no cuenta con el secundario completo. Por esta razón, desde el año 2015 comenzó a funcionar la Escuela de Enseñanza Media para Adultos (EEMPA) Nº 3190 "Bachillerato Popular de la Vuelta del Paraguayo". La mayoría de las mujeres entrevistadas han finalizado o se encuentran realizando sus estudios secundarios en esta institución. Como se verá a continuación, las docentes del bachillerato se han constituido a lo largo de los años en referentes comunitarias para las familias del barrio y en mediadoras y facilitadoras de derechos.

Las características señaladas permiten circunscribir al LVDP y a sus habitantes dentro de los marcos de referencia de las condiciones de vulnerabilidad; tal como lo comprenden Quesada, Hart y Bourgois (2011), caracterizadas éstas por las dinámicas de exclusión social y los consecuentes límites impuestos a la ciudadanía. Seguimos a los autores mencionados cuando definen el concepto de vulnerabilidad como "una posicionalidad del cuerpo que impone sufrimiento físico-emocional a grupos e individuos específicos de manera estructural, producto de la explotación económica, basada en la discriminación de clase y cultural, de género y racial" (Quesada, Hart & Bourgois, 2011: 340). Es importante reparar en que esta posicionalidad del cuerpo se constituye a partir de procesos de vulnerabilización, contingente a dinámicas sociales, culturales y políticas con un dominio sobre la vida de los sujetos y poblaciones que produce no sólo desigualdad de oportunidades, sino también procesos de destitución subjetiva (Fernández, López, 2005).

Este capítulo se divide en tres secciones. En primer lugar, inscribimos el ejercicio de los derechos sexuales en un marco más amplio de discusiones en torno a la ciudadanía sexual. Consideramos que las biografías y experiencias sexuales son un caleidoscopio a partir del cual es posible problematizar las múltiples e interseccionales relaciones de desigualdad que estructuran la vida de las mujeres analizadas. En segundo lugar, revisitamos y discutimos la noción de accesibilidad a partir de recuperar antecedentes y los modos en que las mujeres cis y trans construyen accesibilidad al interior de tramas, donde participan redes, grupos e instituciones que no se reducen a los servicios de

1 Término nativo referido a trabajos precarios e inespecíficos de corta duración.

salud. En el último apartado nos valemos de nociones de autonomía y agencia para indagar, de manera situada, los modos en que mujeres cis y trans hacen frente a procesos de vulnerabilización y ensayan formas de construir salud.

Derechos sexuales y ciudadanía sexual

El ejercicio de los derechos sexuales se desarrolla en un contexto de ciudadanía sexual, lo cual insta a recuperar el sujeto corpóreo desde sus diferentes marcas de identidad, clase, raza, género, religión. En términos de Di Marco, "La ciudadanía está ligada a los espacios de socialización donde se forman las identidades de sujetos que tienen cuerpos, deseos, intereses y necesidades diferentes, que participan como seres situados en el mundo, a partir de su experiencia corporal y emocional (…)" (2012: 215). Se alude, por tanto, al conjunto de derechos que comprenden también las dimensiones civiles, sociales y personalísimas tales como la cuestión de la identidad sexual y la soberanía corporal (Barrancos, 2012). La ciudadanía sexual redefine las intersecciones clásicas público/privado, adquiriendo matices específicos, donde la tríada cuerpo-sexo-reproducción forma parte de un entramado complejo que requiere ser considerado y asumido como asunto legítimo de la demanda en el espacio público político (Brown, 2011). Vaggione (2012) introduce en esta dirección que, si bien lo sexual tiende a considerarse como aquello ligado a lo íntimo, resulta una de las esferas de la vida sobre la cual se despliegan diversos discursos, técnicas de vigilancia y control, siempre al interior de contextos sociohistóricos particulares. Por ello, retomando las discusiones de Pecheny y Petracci, afirmamos que "la reivindicación de derechos sexuales politiza relaciones sociales consideradas privadas o naturales, poniendo en cuestión límites instituidos" (2009: 44). Los derechos sexuales son una vía fértil para indagar acerca de la práctica ciudadana al poner en escena dinámicas de poder en las cuales se inscriben las demandas en torno al control del propio cuerpo, la seguridad, la propia definición sexual, la legitimidad de la agencia y del placer, el reconocimiento público de las identidades y estilos de vida y el acceso pleno a los derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales (Di Marco, 2012). Ello, por tanto, "involucra y al mismo tiempo excede los derechos formales, considerándolos –a los derechos sexuales– un programa ético-político" (Vaggione, 2012: 43).

La ciudadanía sexual atiende y condensa una amplia gama de problemáticas, prácticas y luchas. En este capítulo nos centramos en los derechos sexuales atendiendo a algunas dimensiones posibles para el abordaje de la salud sexual y (no)reproductiva: el ejercicio de los derechos, la agencia de las mujeres, los

modos de pensar y ejercer su autonomía, los vínculos con la comunidad y con los servicios de salud y las prácticas médicas que allí median. Vale, sin embargo, una breve referencia respecto a la terminología y los posicionamientos teóricos adoptados en este devenir.

Tal como se explicitó en la introducción de este libro, las producciones en el ámbito de las ciencias sociales han tenido extensas discusiones sobre el lugar de los derechos y han abonado a producir una ruptura entre dos dimensiones históricamente anudadas: la sexualidad y la reproducción, las cuales por momentos quedaban solapadas bajo la misma fórmula sexualidad-reproducción. Ello sin dudas tiene costos, sobre todo para las mujeres, donde su sexualidad "queda aprisionada debido a sus potencialidades reproductivas, lo que impacta en una concepción del cuerpo sobre el que se ejerce control social y legal" (Vaggione, 2012: 29). Josefina Brown (2008, 2011) incorpora lo (no*)* reproductivo, para enfatizar demandas que quedaban desdibujadas del énfasis reproductivo, como las de anticoncepción y aborto. La conceptualización de derechos sexuales y (no)reproductivos sistematiza tres asuntos: los derechos relativos a la cuestión de la reproducción y todos los derechos implicados (seguridad en el embarazo, parto, puerperio, así como también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida); derechos relacionados con la no reproducción, anticoncepción y aborto (relativos a decidir si tener o no hijas o hijos, con quién, cómo y cuántos y, por lo tanto, disponer de los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones); finalmente, los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia. Estas transformaciones en el ámbito académico e inscritos en los activismos de los movimientos feministas y de la diversidad sexual desde mediados de los noventa, impactan en la arena internacional al incorporar nuevas demandas y colaborar con un cambio paradigmático en las políticas internacionales sobre la población (Vaggione, 2012).

Por su parte, Graciela Di Marco (2012) ha sido crítica a la unión sexualidad/reproducción y su alianza para la heteronorma patriarcal. Ella refuerza la noción de derechos sexuales, por un lado, para destacar demandas que se extienden más allá de la heterosexualidad (y excluía a colectivos no adscritos a esta normativa). Por otro, porque los derechos reproductivos ya resultan una parte de los derechos sexuales. Éstos se relacionan con la autodeterminación social reproductiva como con la autonomía e integridad corporal e incluyen demandas como el derecho a ser libres de acoso, relaciones no basadas en la dominación, miedo y rechazo. Asimismo, bajo la noción derechos sexuales se integran demandas por los derechos civiles y sociales, como políticas públicas, donde la salud y la educación ocupan un lugar primordial para la autonomía de los cuerpos.

Las referencias a los derechos sexuales permiten advertir las múltiples dimensiones que participan y pueden ser consideradas en materia de accesibilidad. Subyace en estos desarrollos una fuerte crítica a la unión sexualidad/reproducción, siendo el campo de la salud uno de los espacios que mayormente ha abonado a solapar el ejercicio de la sexualidad desde la preeminencia de la salud reproductiva y su foco en la reproducción (Di Marco, 2012). Como sucede en otras provincias del país, el modelo de atención en salud sexual y (no)reproductiva continúa poniendo el foco en mujeres cis heterosexuales en edad reproductiva y atendiendo a modelos hegemónicos de salud (Bertona, et. al., 2022), lo cual también opera en el tipo de relaciones que pueden establecerse con las usuarias, como aspecto que la literatura enfatiza en los modos de abordar la accesibilidad relacional en salud (Comes y colaboradoras, 2007).

En base a estas discusiones, nos interesa problematizar las nociones de accesibilidad, autonomía relacional y agencia a partir de reflexionar sobre las experiencias de salud sexual y (no)reproductiva de las mujeres habitantes del Barrio Vuelta del Paraguayo de la ciudad de Santa Fe.

Repensar la accesibilidad

Si bien los devenires históricos del concepto de accesibilidad y la definición utilizada para la investigación que da origen a este libro ya fueron desarrolladas en la introducción del mismo, en este apartado daremos cuenta de algunos contrapuntos surgidos a partir de emergentes en el trabajo de campo.

La noción de accesibilidad, en tanto fenómeno relacional, requiere incorporar algunos clivajes. En primera instancia, porque establece *a priori* una relación, la presupone. Excluye, por tanto, atender a quienes quedan por fuera del sistema de salud y no establecen vínculos con el mismo. Es vital aquí introducir otras coordenadas para comprender por qué persisten brechas y problemáticas de salud en materia de salud sexual, en las cuales puede que esta relación entre los servicios y las usuarias no esté presente. En trabajos anteriores (Luxardo y Passerino, 2020) sobre inequidades en el continuum del control del cáncer del primer nivel de atención en Entre Ríos hemos podido advertir cómo la persistencia de fracasos sobre las intervenciones disponibles, accesibles y universales en estos grupos sociales –que incrementan las brechas de desigualdad–, requieren de indagaciones que trasciendan el énfasis en la posición socio-económica. La introducción del racismo, como las reiteradas discriminaciones sistemáticas vividas en sus entornos en las instituciones sanitarias, pero también en los medios de comunicación hacia esas comunidades, resultó un factor clave para el (no)acceso de estas poblaciones a las

instituciones sanitarias. Desde una perspectiva interseccional, considerar el racismo operante resultaba un problema sanitario con consecuencias directas en las relaciones que podrían o no establecerse entre el sistema y lxs usuarixs y en los fracasos para la política pública.

La inexistencia de relaciones establecidas entre usuarios y sistema de salud fue advertida durante el trabajo de campo cuando no encontrábamos a varones jóvenes y adultos en los centros de salud que visitamos. Quienes sí se hacían presentes eran mujeres adolescentes, adultas e infancias. Esto fue un tópico de las entrevistas con los agentes de salud, quienes nos respondieron que la población que reciben en los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) son mayoritariamente mujeres adolescentes, jóvenes y madres con sus hijxs.

> En mi caso, como hago medicina general y familiar, tengo de todas las edades, digamos, pero lo que más tengo son niños y mujeres. Niños para control de niño sano, digamos, que son... Está todo protocolizado, digamos, los menores de un año, se hace mensualmente, después entre el año y los dos años se hace cada tres meses, y después una vez al año, sería el control de salud anual. Y las mujeres, generalmente, vienen por el tema de anticoncepción o de control de embarazo de bajo riesgo (Carlos, Médico generalista, 2023).

> Y por lo general entonces siempre lo que vemos es que los varones vienen menos a los centros de salud, caen a los de mayor nivel. Se cuidan menos en términos de prevención. Por lo general circulan más mujeres y con sus niños, o sea, son las encargadas de cuidar la salud. Es esa la población que más circula, digamos (Josefina, Médica generalista, 2023).

A los fines de nuestra investigación, consideramos importante problematizar las razones de la mayor utilización de las mujeres de los servicios de salud de atención primaria y la ausencia de varones-cis en los mismos. Esta situación es interpretada, por un lado, como una de las consecuencias de las políticas de salud sexual utero-centristas, orientadas al control de la natalidad y a la medicalización de los procesos biológicos de las mujeres-cis. Por otro lado, siguiendo a Gómez y Gómez (2002), entendemos que debido a "la socialización de género, las expectativas culturales y los ejercicios concretos de las mujeres del rol de cuidadoras de la salud, hace que estén más familiarizadas con el reconocimiento de los síntomas y predispuestas a la búsqueda de atención" (2002: 329-330). Asimismo, distintas investigaciones han encontrado que los varones, dentro del sistema patriarcal, tienden a ver a la enfermedad y a la atención como símbolos de debilidad, así como se advierte una escasa concurrencia de éstos a los servicios (Covas, 2009; Bonino, 2013; Bertona, et. al., 2022).

Consideramos importante indagar cuáles son las consecuencias que el no acceso de los varones al sistema de salud tiene para la salud de las mujeres. Fabbri (2019) propone un enfoque relacional para abordar el vínculo entre masculinidad y salud que no se centre solamente en cómo el denominado modelo de masculinidad hegemónica afecta la salud de los propios varones que encarnan o pretenden encarnar ese modelo, sino un enfoque que ponga el eje en los efectos de esa masculinidad jerárquica en la salud de los sujetos no masculinos. Dicho de otro modo, propone una mirada que registre los impactos que los déficits de cuidado y autocuidado –que la socialización en la masculinidad supone para los varones– tienen sobre la salud de las mujeres (2019).

En los intercambios con las mujeres entrevistadas emergía como tópico recurrente la imposibilidad de negociar el uso del preservativo en las relaciones sexuales con sus compañeros varones y la renuencia de ellos a conversar sobre la vasectomía, como también a realizarse chequeos de detección de infecciones de trasmisión sexual. Los costes subjetivos en la salud de las mujeres que resultan del desentendimiento de los varones respecto de los cuidados de su salud sexual y reproductiva pueden comprenderse a partir de experiencias como las de Guillermina y Virginia, cuyas relaciones con sus parejas se encuentran atravesadas por situaciones de violencia por razones de género.

Guillermina, mujer de 31 años y madre de dos hijxs, dejó por recomendación de su médica las pastillas anticonceptivas por un quiste hemorrágico que tiene en el ovario izquierdo. Hace seis meses que está esperando que le den turno para una cirugía. Su médica le alertó que, dado su caso, si quedase embarazada en este momento sería muy riesgoso para ella y el feto. Por eso mismo, le plantea que es importante que, hasta pasada la cirugía y la elección de otro método anticonceptivo, se cuide con preservativos. Sin embargo, para ella el uso del preservativo no es una opción, ya que su compañero se rehúsa a utilizarlo. En sus palabras:

> Sí, pero es medio difícil porque la doctora me lo dijo a mí y quiso hablar con él, pero él no quería. Y yo también le digo lo mismo, pero bueno, no quería. Yo he llevado preservativo, me he agarrado preservativo del dispensario porque la doctora me dijo, viste. Y él no... Él lo agarró, fue y lo tiró. No quiero usarlo. No quiere ocuparse. No quiere nada. Él quiere todo él, digamos (Guillermina, usuaria, 31 años, 2023).

Ella siente mucha preocupación y manifiesta no poder conciliar el sueño durante las noches, porque en su horizonte no cabe la posibilidad de practicarse un aborto "si llegase a quedar embarazada", tal cual le alertó su ginecóloga.

También, manifiesta sentir fuertes dolores y sangrado luego de tener relaciones sexuales, situación que genera mucho malestar y conflicto con su pareja. Sobre este tema no se siente en confianza para hablarlo con la ginecóloga porque le genera mucha vergüenza y, sobre todo, teme que le hagan más estudios y le encuentren alguna "otra cosa más".

Virginia tiene 25 años y tres hijos. Hace menos de un mes, por situaciones de violencia que vivió por parte de su pareja se alojó con sus hijxs en una casa de amparo de gestión municipal:

> Bueno, tuve problemas con mi pareja, porque él quería ser padre y yo no. Y bueno, por esos tipos de cosas, digamos, estuve pasando violencia de género. Bueno, estuve en la casa de amparo, así que bueno... si uno decide, qué sé yo, a mí me pesan más otras cosas, digamos, que ser mamá en estos momentos. Por ejemplo, me pesa más terminar la escuela, buscarme un trabajo. O sea, terminar la escuela y elegir una carrera y seguir estudiando, ¿entendés? Para después tener un trabajo. Y bueno, como que ser mamá no... no tengo ganas (Virginia, usuaria, 25 años, 2023).

Cuando define qué es para ella la salud sexual, responde que es "poder saber y decidir cómo cuidarse". Ahora bien, el cuidado de su salud sexual recae exclusivamente sobre ella, y no hay forma, señala, de que su pareja utilice preservativo ni que consienta que ella tome anticonceptivos. Poder decidir sobre su propio cuerpo implica una movilización de recursos y una gestión muy compleja y es importante reparar en ello. Cuando tuvo que sacarse el implante subdérmico, luego de los tres años de su colocación, lo hizo a escondidas de su pareja, quien no sabía que estaba utilizando ese método. Fueron las profesoras del Bachillerato Popular al que asiste las que acompañaron a Virginia y la ayudaron a "armar algo" para que él no se enterara.

El personal entrevistado de los centros de salud refieren a lo siguiente, respecto a los costes en la salud sexual de las mujeres que tiene la desresponsabilización y el consecuente no acceso a los servicios de salud por parte de los varones. Una médica generalista manifiesta su preocupación por el aumento de casos en último año de infecciones de transmisión sexual; éstas fueron detectadas en mujeres, al ser quienes asisten al centro de salud. Asimismo, comenta sobre la dificultad que encuentran desde el centro de salud para convocar y llegar, a partir de actividades de promoción de la salud, a la población masculina.

> E: ¿Y qué tipo de infecciones son las más frecuentes en tu consulta?
> Médica: Sífilis. Yo nunca vi tanta sífilis como este último año. Y bueno, después de todo, enfermedades de transmisión sexual en las mujeres, que vienen

> y consultan por flujo, flujo, flujo, y bueno, le terminan haciendo el exudado. Era una práctica que no se hacía, salvo que no te dé resultado el tratamiento empírico, que es cuando viene le das el antibiótico, le das el mixto y luego sabés que a alguno le va a ser bien. Pero bueno, no había resultado, entonces empezamos… Yo por lo menos empecé a pedir los exudados y me vienen cualquier cosa, o sea, todas las transmisiones sexuales. Trichomonas, ureaplasma, chlamydia, todas de transmisión sexual.
> E: Y por qué pensás que puede…
> Médica: Sí, el uso de preservativo. Sobre todo con las usuarias, es como que no hay forma de negociar con el varón el cuidado.
> E: Y han hecho algún tipo de actividad, de promoción de eso, de trabajo sobre eso, con los varones, sobre el uso del preservativo, sobre métodos anticonceptivos…
> Médica: No, porque es… Como focalizado ahí también. Nos cuesta un montón, cuando hacemos alguna charla o lo que sea, que venga gente, o sea, al menos mujeres. Imaginate, varones. Olvídate. Muy difícil acceder a esa población, digamos, como para trabajar. Yo lo hablo por ahí con los más chicos, que son los que más vienen a la consulta porque siguen con sus controles pediátricos. Y son 14, 15, y ahí yo les hablo y aprovecho, pero mucho más no llegamos a hacer.
> Aparte es como que acá el hombre es muy cerrado, viste, son muy cerrados. Hablan lo justo y necesario, o sea, no te dejan ni meterte con los temas de sexualidad directamente. A una también la inhibe, digamos, porque vos sabés con quién podés hablar de todo y el paciente que no te quiere escuchar, digamos, del día a día (Josefina, generalista, 2023).

Por su parte, un médico generalista de uno de los centros de salud señala la dificultad que encuentran para sostener el contacto con la población de varones luego de finalizada la etapa de los controles pediátricos. En sus propios términos, los "pierden" y, en ocasiones, vuelven a contactarlos cuando acompañan a sus parejas durante las gestaciones.

> Bueno, los varones ya a partir de los 11, 12 o 13 años, ya terminan sus controles pediátricos de rutina, digamos, ahí ya como que los perdemos, digamos. Por ahí sí vienen algunos acompañando a las mujeres embarazadas, y también tenemos dentro del protocolo del seguimiento de control de embarazo, pedirle a su pareja también el tema de control de enfermedades de transmisión sexual (Carlos, Médico generalista, 2023).

Asimismo, plantea la poca consulta sobre la práctica de la vasectomía en relación con la ligadura de trompas. Esta última es una anticoncepción quirúrgica más compleja que precisa de controles prequirúrgicos, quirófano e internación, a diferencia del procedimiento más sencillo y ambulatorio que implica la vasectomía.

> Y bueno, con el tema de la anticoncepción quirúrgica, las que más consultas son las mujeres, que vienen porque ya no quieren tener más hijos, porque ya tienen 2, 3, 4, o que no quieren tener hijos, también me pasó que no quieren tener hijos y quieren hacerse la ligadura de trompa. Y yo también… Sabiendo de la complejidad de poder acceder a la ligadura, que es bastante engorroso, más que nada por cuestiones del sistema, digamos, porque se necesita quirófano y se necesita que esté disponible, se necesita internación, preparación, prequirúrgica, esas cuestiones, siempre lo ofrezco cuando vienen a consultar por el tema de la ligadura tubaria, "¿No querés que tu pareja, o no querés ofrecerle a tu pareja, o que venga tu pareja a consultar para hacerse la vasectomía, que es mucho más simple, que es ambulatorio, que no necesita prequirúrgico, no necesita quirófano, que es un procedimiento mucho más rápido y que se va al otro día, se va en el mismo día a su casa?", digamos, y a ella te dicen que no, digamos. Es mi experiencia. Pero siempre he tratado de ofrecerlo (Carlos, Médico generalista, 2023).

Recuperar los relatos no sólo de las mujeres, sino también de los médicxs, nos permite dar cuenta de las maneras en que la no accesibilidad de los varones al cuidado de su salud afecta y pone en riesgo el cuidado de la propia salud sexual de las mujeres.

Otro de los factores identificados a partir del trabajo de campo, que condiciona la accesibilidad a los servicios de salud sexual de las mujeres, es la dimensión etaria. En las entrevistas a mujeres mayores se evidencia el modo en que, a partir de finalizada su edad reproductiva, se acercan menos a los centros de salud. De este modo nos comparte Alicia, mujer de 54 años, su falta de contacto con el sistema de salud:

> E: ¿Vas a hacerte chequeos una vez al año?
> Alicia: Nada, es malo y es... Sí, está mal, reconozco. Pero no... Ni chequeos ginecológicos, ni revisar las... Esos chequeos así como generales para... Me hice hace un par de años mamografías. Y salieron bien, bueno. La hice como... Anda hacete la mamografía, anda vos ya sos grande, bueno. Bueno, entonces me dije, voy a ir a hacerme así no me dicen más nada.
> E: ¿Esto quién te lo decía?
> Alicia: Mi mamá. Entonces, bueno, y que ella también quería ir, entonces yo la acompañé y ahí nos hicimos las dos. Y bueno, y ya está. Y después no fui más porque no... Reconozco que actúo mal. Pero yo siento la necesidad que no tengo que ir al médico porque no tengo, yo creo que no tengo nada. Quizás el día que yo vaya al médico y me empiecen a hacer análisis y cosas, capaz que tengo diabetes, colesterol, tengo todo que yo lo desconozco por no ir (Alicia, usuaria, 54 años, 2023).

Como las políticas de acceso a la salud sexual se vinculan a los derechos reproductivos, asumiendo un rol primario las políticas del control de la natalidad (Di Marco, 2012), el foco de las mismas está puesto en mujeres cis heterosexuales en edad reproductiva. Esta noción es incorporada por las propias mujeres de este estudio, quienes reconocen que luego de finalizada su etapa reproductiva y los procesos de medicalización asociados a la misma, no perciben como necesaria la continuidad de los cuidados de su salud sexual.

> Me hice una vez una mamografía y me había salido todo bien. No sé si se hace una vez al año eso. Creo que a los 40 me habían mandado. Y el PAP es obligatorio todos los años. Pero dejé de ir al ginecólogo cuando dejé los anticonceptivos. Ahí sí tenía que ir al control para poder retirar los anticonceptivos. Y como yo dejé de cuidarme, ya no fui más por los controles (Silvia, usuaria, 45 años, 2023).

Estas mujeres también manifiestan la poca información que tienen sobre la menopausia, un tema que dicen nunca haber conversado con agentes de salud.

> Mirá, yo empecé con la menopausia, yo empezaba con los calores, ¿viste? esos calores que te dan. Bueno, y fue todo, nada más. Pero nunca yo, o sea, en los dispensarios donde yo iba, me decían mirá que te tenés que controlar porque ya vas a estar en la menopausia. Ni te decían cómo iba a ser lo de los calores, lo sabías por tu mamá o por otras mujeres. Por comentario de otras mujeres, pero sí porque ninguno me vino a asesorar a mí. Y lo poco que yo sé es porque yo en su momento lo pude averiguar. Claro. Pero si vos le preguntás a una persona de acá, ya entraste en la menopausia y te van a decir, ¿y qué es eso? Porque no saben, porque no tienen información, porque no saben, porque nadie nos habló de eso. Fíjate que es algo tan natural de la mujer y la mayoría de las chicas no saben lo que es la menopausia. Y ni tienen tampoco noción de lo que te puede llegar a pasar (María, usuaria, 54 años, 2023).

Volviendo a las revisiones del concepto de accesibilidad, sostenemos que es importante reparar en aquellas relaciones entre usuarixs y sistema de salud que encuentran dificultades para el acceso por diversos condicionamientos estructurales, tales como el racismo, el énfasis de las políticas de salud enfocadas en lo reproductivo y en la exclusión de los varones como parte de ésta y como efecto también de las relaciones desiguales de género.

Asimismo, cuando pensamos la accesibilidad en el campo de la salud sexual es preciso advertir dos cuestiones. En primer lugar, no reducimos los procesos de salud a los vínculos que pueden establecerse únicamente con el sistema médico, sino que consideramos que el ejercicio de la salud involucra también otra serie de entramados relacionales. Ello supone considerar que

las experiencias y prácticas en el ejercicio de los derechos sexuales exceden la institución médica. En esta línea, Di Marco, en diálogo con Pecheny (2007) introduce: "la anticoncepción, el aborto, el cuidado del propio cuerpo, pueden o no estar vinculados a la salud. La propia noción de derechos sexuales implica el reconocimiento del valor de la sexualidad para la realización personal, independientemente de si se asocia o no con el fin reproductivo y la salud" (Di Marco, 2012: 220, 221).

En una de las entrevistas grupales cuando conversábamos sobre qué implicaba para cada una de ellas la salud sexual, Delia –empleada doméstica de 35 años, madre de dos hijos adolescentes y embarazada de gemelos– expresa:

> Delia: Uy, no sé, un montón de cosas. Puede ser desde el cuidado, desde el conocimiento; y eso en las consultas con los médicos pasa re poco.
> E: ¿Pasa poco?
> Delia: El poder consultar, digamos, más allá del centro de salud, por ejemplo. El poder, digamos, capaz de hablar con otra persona sobre ciertas cosas. Vamos al médico cuando nos pasa algo raro, algo que creemos que puede ser malo. Pero quizás tiene que ver con, más allá del médico, con poder nosotras reconocer nuestro cuerpo, con hablar sobre lo que sentimos (Delia, usuaria, 35 años, 2023).

Esta intervención abrió un intercambio entre las propias entrevistadas que entendemos que abona a una concepción de salud sexual que trasciende el campo médico, y reubica a las mujeres como sujeto de derecho, excediendo la figura que las reduce a usuarias del sistema de salud. Bajo esta interpretación comprendemos el malestar de Alejandra de 37 años cuando, frente a su apertura a comentarle a su marido sobre cuestiones que siente respecto a su cuerpo, él le dice que vaya al médico. Justamente, ella y las demás mujeres acuerdan en que tematizar la sexualidad, el placer y sus malestares, no se trata de una cuestión médica a "tratar", sino más bien, de alojar las singularidades de cada una y generar espacios seguros donde plantear preguntas, compartir experiencias y saberes al respecto. El propio contexto de la entrevista realizada para este proyecto habilitó a conversar abiertamente cuestiones de la sexualidad con sus parejas, sobre cómo conversar sobre cuidados y relaciones erótico-afectivas con sus hijos e hijas adolescentes, sobre menstruación y sobre sus propias experiencias de menarquía, un tema que reconocen como tabú y poco hablado con sus propias madres.

> Una vez en una ronda hablamos sobre menstruación y sobre el conocimiento del propio cuerpo. Re loco eso, sí. Porque había mujeres grandes que no sabían

> ciertas cosas, digamos, o que teníamos ciertas partes. También, tantos años tomando métodos anticonceptivos, qué le pasa a mi cuerpo cuando menstruo, eso también es como descubrir algo nuevo. Menstruar sin anticonceptivo (Flavia, usuaria, 36 años, 2023).

> Yo recuerdo que en la escuela nos daban las famosas toallitas. Yo, contenta cuando me dieron el cosito de las toallitas en la primaria porque en mi casa no se hablaba de eso. El tema reproductivo ni nada de eso. Ahí, ¿viste? Era un quilombo que hablen de sexualidad. Si le preguntabas a mi mamá creía que te habías mandado una cagada (Silvia, usuaria, 45 años, 2023).

Creemos interesante recuperar las palabras de Alejandra, quien enfatiza que hablar de cuidados en sexualidad no se limita a la utilización de métodos anticonceptivos o profilácticos, una limitación que reconoce en los vínculos que ha establecido a lo largo de su vida con los agentes de salud.

> Los cuidados, digamos. Los cuidados que uno tiene que tener, como para el otro también, digamos. Los cuidados, sobre todo, vinculados a, por ejemplo, no sé, cuidarte para cuando tenés sexo, tipo anticonceptivos, profilácticos, en ese sentido, o cuidados también de tipo de responsabilidad emocional. Sí, sí, todos. Todos esos cuidados. Sí, en los centros de salud, digamos, creo que lo único que está a disposición es eso, es el cuidado anticonceptivo. Digamos, no, no, todo lo demás, digamos, es como que lo vamos viendo o aprendiendo en el transcurso, digamos, no es algo que se explique o que se cuente o que se hable (Alejandra, usuaria, 37 años, 2023).

Esto lleva a atender una segunda cuestión: que la accesibilidad en salud sexual, además de no circunscribirse necesariamente al campo médico, tampoco puede pensarse en términos individuales. Consideramos relevante revisitar el concepto de accesibilidad de sesgo fuertemente individual, caracterizado por la relación entre sujeto de derecho –para ampliar la categoría de usuarix– y de servicios. Como lo muestran los relatos y experiencias de nuestras entrevistadas, existen múltiples sujetos mediadores que participan y son condición de posibilidad de la accesibilidad. Reparar en los entramados comunitarios que intervienen y posibilitan el acceso a la salud sexual se vuelve fundamental para comprender las experiencias biográficas de salud sexual de las mujeres del barrio LVDP. Específicamente, los hallazgos dan cuenta del papel central que tienen para la salud sexual los vínculos entre vecinas del barrio, los espacios educativos como lo son Bachillerato Popular, las relaciones establecidas con lxs docentes, y el capital social de las militantes territoriales y sus vínculos con feministas que ocupan cargos en organismos estatales.

Uno de los entramados comunitarios que construye accesibilidad en salud sexual son los encuentros de baile que se organizan en la Casa de los Talleres. Las mujeres del barrio encuentran en las clases de ritmos latinos que da Yésica, una vecina trans del barrio de 35 años, un espacio de recreación en el que dicen "no pensar, reírse y moverse". Una de nosotras participó de las clases de baile durante los meses que realizamos el trabajo de campo por pedido de las propias entrevistadas: "Venimos mañana a las entrevistas, si vos venís a baile", sentenciaron. Los encuentros de baile semanales son un modo de poner en suspenso sus preocupaciones y su rol de cuidadoras. Finalizada una de las clases, Guillermina comenta, entre risas y complicidad, "Ves, ayer cuando charlamos te dije que me dolía un montón el ovario y recién no me dolió nada". Finalizado el momento del baile, Yésica siempre se encarga de generar un "tercer tiempo", un espacio para conversar, compartir unos mates y algo de comida. Son estos espacios de sociabilidad en los que las mujeres encuentran un "tiempo para sí mismas", donde pueden por unas horas abstraerse de las tareas de cuidado de sus ñiñxs, quienes participan durante ese horario de un taller de arte facilitado por militantes de una organización política que trabaja en ese barrio.

Los espacios de sociabilidad entre mujeres (Gutiérrez, Sosa y Reyes, 2018) generan lazos de confianza que promueven acompañamientos frente a las situaciones de extrema vulnerabilidad que las mujeres atraviesan. Esto mismo sucede entre quienes asisten al Bachillerato Popular. En las entrevistas, las vecinas nos comparten que entre ellas se han acompañado en contextos de situaciones de violencia por razones de género, en casos de abuso a menores de sus familias y en interrupciones legales de embarazo. Acompañar implica diversas acciones tales como: averiguar a dónde ir a solicitar ayuda, pedir turno en el hospital, realizar la denuncia en la comisaría de la mujer, cuidar a lxs niñxs a cargo de la compañera, organizarse en el barrio y en la propia manzana para que el varón denunciado no ingrese a la casa, asistir a las reuniones con las docentes de la escuela, prestarse dinero, entre otras.

En estas estrategias de acompañamiento cumplen un rol fundamental también las docentes del bachillerato, especialmente aquellas que están en el espacio de Educación Sexual Integral (ESI) y las activistas de la organización social que tiene base en el barrio. En las entrevistas nos expresan cómo cambia la atención en los centros de salud, las escuelas y en las oficinas públicas como las comisaría o centros de atención a la mujer cuando las mujeres del barrio son acompañadas por ellas, mujeres de clases medias universitarias. Así lo describen Victoria y Ani, docentes del Bachillerato y militante de la organización:

> Muchas veces pasa que cuando acompañamos a mujeres que están en situación de vulnerabilidad, la presencia de una cambia en la atención y en un montón de cosas. Si vamos con las compañeras del barrio a los centros de salud, las acompañamos a los turnos, la atención cambia. (...) Hay barreras que tienen que ver más con el personal de salud y con la atención hacia las personas. Como que me ha pasado muchas veces de acompañar a chicas, que, por ejemplo, esta chica que tiene su niño con discapacidad. Sabíamos bien quiénes eran sus médicos, donde tenía que ir y quién lo tenía que atender. Y una vez la acompañé porque tenía que hacer un estudio que ella no entendía bien qué era, entonces me pidió que la acompañe y fuimos juntas. Entonces, cuando ella va así como a la administración le dice como bueno, yo tengo turno o esta médica me tiene que hacer tal cosa. Entonces la Secretaría dice, "No, no puede ser"; y ella le decía "Sí, sí, yo estoy segura". "Mira, acá tengo anotado que, no no". La secretaria no sé qué carajo buscaba y le decía "no, no puede ser, no puede ser". Entonces, me acerco yo, como de clase media, blanca, y le digo "Che mirá, Paula te está diciendo que es ella la que tiene turno hoy". ¡Ay, un minuto!, me dice. Entonces, empieza a buscar y dice "Ay sí tenés razón". O sea, es así, como una cuestión muy burda de negar viste, como, eso de invisibilizar lo que la persona le estaba diciendo (Victoria, docente y activista, 2023).

> Nosotras muchas veces lo que hacemos es acompañar, como acompañar solo para poner la cara. Como en cuestiones de salud, como en cuestiones de denuncia por violencia de género, como en cuestiones del servicio local de niñez, o sea, es ir solo para poner la cara, no porque sepamos más o sepamos qué hacer. Que es re loco porque cuando vamos y habla la mujer y no le dan bola y después... Hola, vengo yo, que se dan cuenta que sí, claramente sos de clase más media o sos más grande. Es tremendo. Como que si vamos las profes del bachi como que se ponen más nerviosos y te empiezan a dar bola. Es tremendo (Sol, docente y activista, 2023).

Las activistas, quienes se reconocen como feministas, tienen redes de contacto con otras feministas que trabajan en centros de salud u ocupan cargos de gestión en los gobiernos municipales y provinciales.

> Hace poco una de las chicas tuvo como un maneje con el período de los inyectables. Tenía que ir al centro de salud, tuvo unos problemas personales, entonces no llegó. Entonces pensaba que estaba embarazada, pero ya tenía un embarazo bastante avanzado, supuestamente. Después, resultó que no estaba embarazada. Pero bueno, ahí me comunico con esta ginecóloga por WhatsApp y cuento la situación. Ella no me da un turno, porque, viste, eso no es posible. La compañera tiene que ir igual a hacer cola y toda la bola, pero sí por lo menos yo le avisé que iba a ir. Y bueno, ella sí me dijo: "Sí, yo ahora ya la tengo agendada, yo sé que va a venir en esta semana, no te preocupes". Entonces, ella garantizándome de que, si era necesario, si ella quería transitar una ILE, ella u otra médica que estaban en ese centro de salud estaban dispuestas a acompañar. Pero esto que te digo pasa en ese centro de salud con esta mina que tenía el contacto.
> Pero bueno, yo creo que un poco pasa eso cuando... ante situaciones, una activa sus contactos, no cierto. Como, bueno, en un hospital tenemos a otra amiga que es médica, en este centro de salud está, en otro lugar.... como que activás las redes establecidas de manera informal (Victoria, docente y activista, 2023).

Esas alianzas son muchas veces condición de posibilidad para que las mujeres del barrio puedan ejercer sus derechos y acceder a la atención en salud. Al respecto, un rol destacado cumple Denise, una mujer trans de 45 años que vive en la LVDP. En el año 2021 ingresa por el cupo laboral trans como trabajadora administrativa en la Dirección de Mujeres y Disidencias de la Municipalidad de Santa Fe. Ella se ha constituido en una referente muy importante para las vecinas del barrio que la llaman cuando precisan de acompañamiento y asesoramiento frente a situaciones por violencia de género, pero también para facilitar el acceso a sus derechos sexuales. Tal es el caso de Yésica, la profe de baile, a quien acompañó a realizarse la rectificación de su identidad de género en el documento de identidad.

> Y fue importante, digamos, la figura, por ejemplo, de Denise. Fue muy, muy importante. Sí, y aparte era como llegar al registro civil y la veían a Denise y era como que su presencia fue muy imponente ahí, muy linda porque también, digamos, ella nos acompañaba para todos los trámites ahí. Las cuatro veces que fuimos, las cuatro veces nos acompañó. Dejó un tiempito su puesto de trabajo para acompañarnos al lugar y éramos muy bien atendidas, muy respetadas. O sea, la verdad que ella, digamos, en ese sentido valió la pena, digamos, su ayuda (Yésica, mujer trans, usuaria, 35 años, 2023).

Estas escenas brevemente referidas permiten dar cuenta de que el abordaje de la accesibilidad en salud sexual, para el caso de mujeres que viven en situaciones de vulnerabilidad estructural, requiere considerar sus condiciones de existencia, las redes comunitarias que se forjan y participan, como las diversas estrategias desplegadas por los distintos sujetos que se ponen en juego. En este marco, resulta imperioso discutir con ciertas nociones liberales para pensar la autonomía de los sujetos en sus procesos de salud.

Vulnerabilidad, autonomía y agencia: aproximaciones situadas

La autonomía es una categoría central en el campo de la bioética que reflexiona acerca de las decisiones autónomas de los sujetos –por ejemplo respecto a los tratamientos, cuestiones vinculadas a la vida o a la muerte, la relación profesional-paciente– pero que carece de un consenso respecto a un solo modo de definirla (Belli, Suárez Tomé, 2021). Persisten diferentes perspectivas y es a partir de la década de 1990 que comienzan a introducirse las voces de las bioeticistas feministas dentro de la disciplina. Si nos interesa la noción de autonomía es porque su reflexión "ha resultado una necesidad para un colectivo de personas que ha visto vulnerada su capacidad de agencia a lo largo de la historia, y que todavía hoy siguen en la búsqueda de plena garantía de sus derechos" (Belli, Suárez Tomé, 2021: 438). Como puede advertirse, la noción de autonomía y agencia son coetáneas, de aquí que en los próximos párrafos nos ocupemos de reponer algunos puntos de partida y marcos de referencia desde las cuales abordarlas.

Como refieren Belli y Suárez Tomé, el surgimiento de la autonomía en la tradición occidental coincide con el auge de los ideales modernos reforzando el énfasis liberal en torno a los derechos individuales, como en el campo de la bioética, el respeto por la autonomía de los pacientes. Esta concepción establece, a grandes rasgos, que "una persona está ejerciendo su autonomía cuando guía y dirige sus decisiones a la luz de sus propios deseos y valores, libre de interferencia de otros" (2021: 440). Ello es coextensivo a una concepción liberal del individualismo, desde la cual los individuos participan de acuerdos contractuales de manera consciente y voluntaria (Butler, 2017); "una perspectiva bajo la presunción de una concepción atomista y abstracta de la persona, basada en la autosuficiencia y escindida de todo factor contextual" (Belli; Suárez Tomé, 2021: 452). En el campo de la salud esto se evidencia en abordajes que continúan focalizándose en cambios de actitudes a nivel individual, basados en modelos de elección racional de las clases medias donde se presume que los sujetos además comprenden y controlan las consecuencias de sus acciones cotidianas (Quesada, Hart & Bourgois, 2011; Luxardo, Passerino, 2021). Por tanto, consideramos necesaria una discusión en torno a cómo abordamos la accesibilidad desde enfoques relacionales, que no sólo discutan las perspectivas ancladas a la oferta de los efectores de salud, sino que sean críticas de perspectivas liberales basadas en modelos cognitivos de la teoría de la elección racional frente a la toma de decisiones y la agencia (no)reproductiva.

Las bioeticistas feministas han discutido y puesto en evidencia el carácter patriarcal que rige la concepción liberal de corte individualista y racional, con efectos en los cuerpos de las mujeres e identidades subalternizadas. Estas perspectivas feministas sobre la autonomía han tenido diversos desarrollos. Recuperamos la perspectiva que Belli y Suárez Tomé (2021) denominan Enfoque Relacional, el cual nace de la crítica a la noción liberal de autonomía, de carácter individualista y androcéntrica. Las autoras retoman a Sherwin y Stockdale (2017) para enfatizar que "[las personas son] seres esencialmente racionales que existen y se desarrollan dentro de una red de relaciones: rasgos como sus identidades, percepciones, creencias, emociones, valores, hábitos de interacción y conexiones con el mundo natural y social se forman dentro de esas redes" (2021: 458). El lugar de la autonomía en este entramado asume diferentes posicionamientos que operan de modo interseccional. Señala los límites de la autonomía individual y recupera, por ejemplo, los efectos que la opresión de género tiene en la comprensión de las elecciones que las mujeres realizan en ciertos contextos y los efectos de estas condiciones en las tomas de decisiones. Se trata de atender a las circunstancias sociales de las mujeres y su ubicación dentro de sistemas de privilegio y opresión en el que las decisiones en salud se hallan limitadas y vinculadas a las redes relacionales, a las posibilidades, normas y presupuestos que operan en los ámbitos de salud. Asimismo, pone de relieve las condiciones estructurales que operan en las decisiones y evidencian el fracaso de la Salud Pública cuando recae en enfoques reduccionistas centrados en las intervenciones de conductas en el nivel individual.

La vulnerabilidad es una dimensión nodal para abordar la autonomía relacional y la agencia. Quesada, Hart y Bourgois (2011) refieren a la vulnerabilidad estructural como parte de dos fuerzas específicas: de la explotación económica basada en clase y discriminación cultural, de género/sexual y racial, y de procesos de violencia simbólica y formación de subjetividad, legitimados en los discursos neoliberales, punitivos de indignidad individual. Si nos resulta necesario abordar la problemática de la autonomía y de la agencia en contextos de vulnerabilidad estructural es porque ello se asume como una posicionalidad del cuerpo, en el que la vulnerabilidad de un individuo se produce por su ubicación en un orden social jerárquico y sus diversas redes de relaciones y efectos de poder (Quesada, Hart, Bourgois, 2011). En esta dirección, es atinado considerar los procesos de vulnerabilización, tal como lo abordan Fernández y López (2005), quienes desde una perspectiva biopolítica y de la subjetividad, enfatizan que son "el resultado manifiesto de políticas de vaciamiento de pertenencias comunitario-subjetivas que han sido funcionales al vaciamiento económico y político del Estado y sus instituciones, al quiebre de la sociedad salarial y del patrimonio nacional" (2005: 133, 134).

La dinámica de la exclusión social y los límites impuestos a la ciudadanía posicionan a los cuerpos de estas mujeres en territorios, que tal como hemos caracterizado, se encuentran atravesados por problemáticas de desempleo, falta de acceso a servicios básicos y de movilidad (como el transporte público), bajo condiciones precarias de hábitat y riesgo hídrico, inseguridad alimentaria y problemáticas de género ancladas a relaciones asimétricas que decantan, en ocasiones, en situaciones de violencia. Asimismo, estas mujeres son las principales responsables de las tareas de cuidado y sostenimiento de la vida de los miembros de su familia. Todos estos aspectos participan y restringen la toma de decisiones, enmarcan sus elecciones y condicionan también sus opciones vitales, la accesibilidad y el ejercicio de derechos.

En este marco, la *agencia* requiere de una mirada situada e interseccional (Viveros Vigoya, 2009), en la que género, raza, clase, edad, sexualidad, son parte inherente de aquello que las mujeres hacen y pueden hacer. La agencia no se opone a la estructura social, sino más bien la constituye. Ello requiere, en términos de Kunin, "una sensibilidad analítica hacia los matices de la relación entre agencia y estructura que demandan perspectivas atentas a los detalles de la acción cotidiana de la gente que, de forma inesperada, puede dar origen a transformaciones" (2019: 62). Retomamos de la autora una noción de agencia que no resulta sinónimo de resistencia o, al menos, no de modo unidireccional. Una agencia relacional, vinculada a sus relaciones con otros e intersticial, donde la capacidad de acción se cuela por los vericuetos de lo posible en contextos situados (Kunin, 2019). Eso implica que, en ocasiones, ello no se opone a las condiciones de opresión, por ejemplo, estructuras patriarcales, porque también la propia capacidad agentiva es fruto de esa inmersión, en sus condiciones y campos de posibilidades. Coincidimos por tanto con Kunin (2019) y Mahmood (2011) en que cuando la agencia es comprendida sólo en términos de subversión de las normas de género, termina resultando políticamente prescriptivo, e invisibiliza modalidades cuyos significados y efectos no son capturados por esta lógica.

En materia de salud sexual, lo reproductivo resulta uno de los ámbitos donde se desarrollan de manera más agudas las desigualdades de género (Viveros Vigoya, 2009). "Para las mujeres cisgénero heterosexuales estas desigualdades se traducen en numerosos y diversos obstáculos en el acceso a la información y métodos anticonceptivos, en la presión que reciben a conformarse a las expectativas sociales relacionadas con la maternidad, en la imposibilidad de eludir los efectos adversos de muchos anticonceptivos sin medicalizar los síntomas y en la orientación casi exclusiva sobre ellas de los programas de planificación familiar y de los estudios de salud reproductiva" (Felitti, et. al., 2022: 16-17). Pese a esto, las mujeres hacen salud, poseen capacidad agentiva, más allá de que –como hemos referido– no resulte subversivo y crítico de las normas heteropatriarcales.

En el apartado anterior, cuando presentamos a Virginia, planteamos la importancia de reparar en las complejas decisiones y estrategias que debe poner en juego para poder decidir sobre su propio cuerpo. La capacidad para ejercer su autonomía y determinar su propio destino reproductivo no es solamente una cuestión de decisión y acceso individual, sino que está estrictamente relacionada con sus condiciones de existencia. Virginia es madre de tres hijxs –de nueve, siete y cuatro años–, es jefa de hogar y se encuentra buscando trabajo. Vive en un rancho de chapa, al lado de su madre y sus hermanos. Está en una "situación complicada" con su pareja y padre de su hija menor. Él está desempleado, aunque "de vez en cuando consigue alguna changa". Hace unos meses que no vive más con ella, pero suele ir a su casa algunos lunes por la noche cuando "se queda sin guita". "Cuando vuelve vienen los problemas y las peleas". Dos semanas antes de la entrevista, Virginia estuvo con sus hijxs en una casa de amparo para víctimas de violencia por razones de género, para cuidarse y resguardarse de él. Tiene la Asignación Universal por Hijo, pero hace meses que ella no percibe ese ingreso. Pese a las condiciones de precariedad en la que vive, entraron a su vivienda a robar y tuvo que acudir a un préstamo para comprar cosas básicas. Los prestamistas son figuras que operan extensivamente, que se aprovechan de las situaciones de extrema vulnerabilidad y que, en su caso, retienen tanto su documento de identidad como la tarjeta bancaria donde recibe la asignación. La prestamista gestiona su tarjeta con la que le "fía" (provee sin pago inmediato) alimentos en un almacén, pero en un marco donde ella ya no tiene acceso al subsidio, así como tampoco a elegir dónde comprar ni a qué precio hacerlo. Ello la ubica en un círculo vicioso donde el "préstamo" parece no poder saldarse nunca. Así describe su situación:

> Me robaron toda mi casa, me metí en préstamos para comprar las cosas. Y yo mi tarjeta no la tengo yo, sino que la tiene una prestamista, que ella tiene mi tarjeta y el documento. O sea, hasta que yo no termine, no... No tengo acceso a la tarjeta, no tengo acceso a nada. (...) Ponele ahora desde hace dos días que yo no tengo para cocinar. Los chicos por suerte al mediodía comen en el comedor, en la escuela. Anoche yo no tenía nada, o sea, salí de bachi y bueno, no sé, vamos a tomar un mate cocido. Ya no le quiero pedir más [a la prestamista] porque ella me dijo que tengo 90 [mil] en el almacén. Cuando todavía no estamos ni a fin de mes, entendés, están las cosas todas re caras. Yo no le quiero pedir más, así que no sé qué voy a hacer digamos, todos estos días. Ya al almacén ya no quiero porque ¿cuánto me va a cobrar? No termino de saldar, que ya le debo (Virginia, usuaria, 25 años, 2023).

En esta situación de extrema vulnerabilidad, Virginia toma decisiones acerca de su salud, en general, y no reproductiva, en particular. Como desarrollamos previamente, ella no desea tener más hijos y manifiesta deseos de terminar el secundario para poder conseguir trabajo. Asimismo, desde su última gestación en el año 2019 padece de anemia crónica. A los seis meses de embarazo llegó con un paro cardiorespiratorio al hospital que la obligó a quedar internada por tres meses hasta el nacimiento de su hija. Un próximo embarazo implicaría un riesgo muy alto de vida para ella y el feto, según le explicaron los médicos. Después de este último evento obstétrico, como método anticonceptivo utilizó el implante subdérmico por tres años. Decidió quitárselo porque aumentó muchísimo de peso y le generaban fuertes migrañas. Actualmente, utiliza los inyectables que se colocan cada tres meses. Los prefiere a las pastillas, porque es "media colgada" y teme olvidarlas, como le sucedió cuando era adolescente y quedó embarazada de su segunda hija. Estas decisiones sobre su salud no reproductiva las está tomando a escondidas de su pareja, quien la obliga a tener relaciones sin preservativo y tampoco le permite a ella tomar precauciones para evitar un embarazo y/o una infección de transmisión sexual. Por eso, quiere y necesita optar por un método de larga duración. Tiene un turno programado para colocarse un dispositivo intrauterino (DIU) en un centro de salud, y ya conversó con la ginecóloga sobre la posibilidad de realizarse una ligadura de trompas.

La narrativa de Virginia arroja luz sobre la multidimensionalidad de aspectos que participan en materia de accesibilidad y la necesidad de una mirada relacional para enmarcar las biografías y la salud sexual. Asimismo, pone en escena prácticas agentivas y de autonomía que requieren ser revisitadas a la luz de su propia historia, pero también como parte de entramados más densos en los cuales las relaciones asimétricas de poder y las situaciones de vulnerabilidad en las que vive forman parte inextricable de esos marcos de elección o posibilidad. La opción por determinado método anticonceptivo, a título de ejemplo, no forma parte de una cuestión azarosa. Virginia tiene un conocimiento corporal sobre los efectos de determinados métodos; también, sabe y reconoce que habita situaciones de violencia y subordinación en los que se ve imposibilitada de "elegir", así como anticipa las dificultades para ir en períodos cortos a los servicios de salud frente a otro tipo de opciones de método. La elección de un método de larga duración que no requiere de controles frecuentes, que sea imperceptible para su pareja y que le otorgue una tranquilidad para "no quedar embarazada" –con lo que ello conlleva para su vida y para su salud– es una práctica agentiva que la dota de autonomía. Tal como hemos hecho hincapié, una autonomía expresamente relacional, vinculada y habilitada por esas otras redes comunitarias que operan, la mayor de las veces, de modo imperceptible y permean esos marcos de acción.

Conclusiones

En este texto pusimos en discusión y tensión las categorías de accesibilidad, autonomía relacional y agencia a partir de reflexionar sobre las experiencias de salud sexual de mujeres cis y trans que habitan un barrio que se encuentra atravesado por procesos de vulnerabilización. Nos hemos detenido a revisar la noción de accesibilidad para problematizar en primera instancia, la centralidad otorgada a las relaciones entre usuarixs y servicios de salud. Presuponer esa relación deja por fuera a quienes, por diversos condicionamientos estructurales, no la tienen. Hemos reparado en la centralidad de las políticas de salud con énfasis en lo reproductivo, lo cual circunscribe la salud sexual a determinada posicionalidad etaria, como en la exclusión de varones como parte de ésta, con efectos en la salud de las mujeres. Asimismo, abordamos la accesibilidad desde una perspectiva relacional, poniendo el foco en los entramados que participan del ejercicio del derecho a la salud sexual. El Bachi, las clases de baile, los espacios de sociabilidad de mujeres son lugares clave para que las mismas reflexionen y atiendan colectivamente su salud sexual. La accesibilidad resulta más que una relación entre usuarixs y efectores de salud, involucra a otros sujetos y trasciende los servicios de salud. De aquí deriva la necesidad de ser abordada de manera situada. Los hallazgos permiten advertir que para que esa relación pueda establecerse, se han necesitado previamente otros vínculos que operan como condición de posibilidad.

Frente a situaciones de vulnerabilidad en las cuales viven estas poblaciones, nos ha parecido pertinente considerar una propuesta vinculada a la autonomía y a la agencia relacional no normativas; es decir, no centradas en la pregunta respecto a cómo debieran ejercerse, de qué manera debieran *ampliarse*, ganarse o cultivarse los derechos sexuales. Tampoco, reductiva a un ámbito de decisiones de orden individual, como campo de posibilidades y elecciones propias, en la que los sujetos comprenden y controlan las consecuencias de sus acciones cotidianas. Más bien, las nociones conceptuales trabajadas nos han motivado a indagar los modos situados y singulares en los que las mujeres llevan adelante sus vidas en estos contextos y encuentran las formas de construir salud.

Bibliografía

Acebal, A. (2015). "¿Qué ves cuando me ves? Políticas urbanas de erradicación de fracciones sociales empobrecidas. La relocalización de Villa Corpiño Playa Norte, Bajo Judiciales y General Paz (frente al GADA) en la Ciudad de Santa Fe durante el período 2009-2010". Trabajo Final de Carrera. Licenciatura en Ciencia Política. FHUC. UNL.

Acebal, A. (2023). *Disputas en y por el territorio isleño del municipio de Santa Fe. El conflicto en torno a las mega obras de infraestructura extractivista y la infraestructura para la vida (2007-2019).* Tesis de Doctorado, Universidad Nacional del Litoral, Estudios Sociales.

Barrancos, D. (2012). Género y ciudadanía en Argentina. *Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies,* Vol. XLI: 1-2, 23-39.

Belli, L.; Suárez Tomé, D. (2021). La autonomía revisitada desde la perspectiva de una bioética feminista. En Herrera, M.; Fernández, S. E.; de la Torre, C. y Videtta, C., A. *Tratado de Géneros, Derecho y Justicia.* Buenos Aires: Rubinzal Culzoni, 437-461.

Bertona, M.C.; García, G.; González Ramos, G.; Morillo, A.; Buffarini, A. (2022). La Atención Primaria de la Salud y la Salud Sexual y (no) Reproductiva en la Ciudad de Córdoba. En Bosio, M. T.; Crosetto, R. (comp.) (2022) *Los derechos sexuales en Salud Pública: prácticas y representaciones en el primer nivel de atención de la Ciudad de Córdoba.* Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales, 62-102. Disponible en https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/169793/1/Los-derechos-sexuales.pdf

Bonino, L. (2013). Discursos hegemónicos sobre hombres, masculinidad y salud desde el enfoque de género. Algunas reflexiones críticas. Ponencia en el *Congreso Internacional Género(s) e Saúde: (In)Determinações e Aproximações*, Coimbra, 17-19 de octubre.

Brown, J. L. (2011). Derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. En Petracci, M.; Brown, J.; Straw, C. (col.) *Derechos sexuales y reproductivos. Teoría política y espacio público.* Buenos Aires: Teseo, 19-44.

Brown, J. L. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos Pagu,* (30), 269-300.

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. A*nuario de Investigaciones,* XIV, 201-209. Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019

Covas, S. (2009). *Los hombres y el cuidado de la Salud*. Madrid: Ministerio de salud y política social.

Crovella, F. (2011). ¿Lugares en emergencia o espacios emergentes? Contradicciones del territorio La Tablada de la ciudad de Santa Fe luego de las inundaciones del año 2003. En Núñez y Ciuffolini (Comp.). *Política y territorialidad en tres ciudades argentinas*. Buenos Aires: Editorial El Colectivo.

Di Marco, G. (2012). Las demandas en torno a la Ciudadanía Sexual en Argentina. *SER Social*, Brasília, v. 14, n. 30, 210-243.

Fabbri, L. (2019). Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas. En *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización.* Compiladoras Fundación Soberanía Sanitaria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta y Limón Ediciones, 121-123.

Felitti, K. *et al*. (2022). *Tecnologías biomédicas y feminismos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.

Fernández, A. M.; López, M. (2005). Vulnerabilización de los jóvenes en Argentina: política y subjetividad. *Nómadas*, N° 23, pp. 132-139.

Gómez-Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5), 327-334.

Gutiérrez Aguilar, R., Sosa, M. N., & Reyes, I. (2018). El entre mujeres como negación de las formas de interdependencia impuestas por el patriarcado capitalista y colonial. Reflexiones en torno a la violencia y la mediación patriarcal. *Heterotopías*, *1*(1). Recuperado a partir de https://revistas.unc.edu.ar/index.php/heterotopias/article/view/20007

Kunin, J. (2019). *El poder del cuidado: Mujeres y agencia en la pampa sojera argentina.* Tesis de Doctorado, UNSAM, IDAES, Antropología Social.

Luxardo, N.; Passerino, L. M. (2020). Deudas en Salud Pública: Coordenadas teóricas ausentes en intervenciones sanitarias con poblaciones "difíciles de alcanzar". *Cuestión Urbana*, 7, Article 7.

Mahmood, S. (2011). *Politics of Piety: The Islamic Revival and the Feminist Subject.* Princeton: Princeton University Press.

Martinez, M. A. (2023a). El barro en la zapatilla: un punto de partida para pensar mujeres, barrio e inundaciones. *Investigaciones Geográficas*, (65), 59-69. Recuperado de: https://investigacionesgeograficas.uchile.cl/index.php/IG/article/view/70147

Martinez, M. A. (2023b). Formas del habitar de mujeres que conviven con los ciclos del río y las inundaciones. Un acercamiento a las estrategias y saberes construidos para habitar en territorio ribereño: avances de investigación. *Revista De La Escuela De Antropología*, (XXXIII). Recuperado de https://revistadeantropologia.unr.edu.ar/index.php/revistadeantropologia/article/view/246

Pecheny, M. (2014). Política y derechos sexuales en la Argentina reciente. En el marco del Programa de "Desigualdad y Democracia", con apoyo de la Fundación Heinrich Böll.

—. (2007). La ciudadanía sexual: derechos y responsabilidades relativos a la sexualidad y el género. En Calvo, E y otros (comps.) (2007) *La dinámica de la democracia. Representación, instituciones y ciudadanía en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.

Petracci, M.; Pecheny, M. (2009). Panorama de derechos sexuales y reproductivos. *Argumentos. Revista de crítica social*, 11.

Quesada J, Hart LK, Bourgois P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Med. Anthropol.* 30(4), 339-62.

Vaggione, J. M. (2012). Introducción. En Morán Faúndes, J. M. *Sexualidades, desigualdades y derechos: reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial, 13-55.

Viveros Vigoya, M. (2009). La esterilización masculina: ¿un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1, 11-29.

Capítulo 6

"Te ven como un puente". El rol de las organizaciones sociales en el acceso a los derechos sexuales

Florencia Maffeo

Repartir folletos sobre salud sexual y preservativos en la vereda de un barrio. Brindar información sobre aborto seguro por teléfono. Conseguirle a una vecina un turno para un examen ginecológico. Organizar un taller sobre educación sexual con adolescentes. Reunirse con las autoridades de un ministerio de salud, brindando datos sobre población que solicita interrupciones del embarazo. Elaborar un informe para presentar a un organismo internacional. Asesorar legalmente a una mujer que decide hacer una denuncia por violencia de género. Estas son algunas de las actividades que realizan diferentes organizaciones sociales para favorecer la promoción y el acceso a los derechos sexuales.

Las organizaciones de la sociedad civil son actores sociales claves en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, porque, por un lado, interpretan y politizan necesidades de la población, demandando al Estado políticas para su satisfacción (Fraser, 1991; Leiras, 2007); y, por otro lado, inciden en diferentes etapas de las políticas públicas, articulando su accionar con actores estatales (Besana, 2016; Leiras, 2007), así como también desarrollan servicios, en funciones similares a las que lleva a cabo, o demandan que realice, el Estado (Arcidiácono, 2011; Vommaro, 2019). Además, las organizaciones feministas y LGBT han tenido un rol relevante a lo largo de los años en la demanda del reconocimiento de los derechos sexuales (Di Marco, 2012), así como también en el acceso y promoción de la salud y el cuestionamiento al modelo médico hegemónico (Szwarc *et al.*, 2022).

En el contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio, las actividades de las organizaciones sociales quedaron invisibilizadas, siendo la excepción

las acciones públicas por la despenalización y legalización del aborto, lograda en diciembre del 2020, con la sanción de la Ley nacional n°27.610. El fin de la pandemia, y el creciente avance de discursos de ultraderecha, que se oponen a las construcciones colectivas, principalmente de los feminismos, no colaboraron en la puesta en valor del trabajo cotidiano que diferentes organizaciones realizan. A modo de sistematización, pero también, de forma reivindicativa, en este artículo nos proponemos describir y analizar la incidencia política de las organizaciones sociales en el acceso y promoción de la salud sexual, durante y después de la pandemia de COVID-19.

Para esto se analizaron 19 entrevistas en profundidad (dos de estas grupales), a integrantes de dieciséis organizaciones sociales diferentes, en el marco del proyecto de investigación del que se desprende este libro. De estas organizaciones, tres tienen trabajo a nivel nacional, ocho tienen como área de incidencia el Área Metropolitana de Buenos Aires (CABA y conurbano bonaerense), tres el Gran Santa Fe y dos el Gran Mendoza. Como se explica en el capítulo sobre el trabajo de campo, la selección de las organizaciones se llevó a cabo por medio de un muestreo intencional realizado por los equipos de investigación de cada zona, buscando registrar diferentes experiencias de militancia en el campo de los derechos sexuales.

El artículo se divide en tres apartados. En primer lugar, se describen y clasifican a las organizaciones relevadas. En segundo lugar, se analizan los repertorios de acción de las organizaciones y su incidencia en las políticas de salud sexual. Por último, cerramos con algunas reflexiones sobre la relevancia del activismo para el acceso a los derechos sexuales.

Descripción de las organizaciones

Las organizaciones sociales son colectivos de personas que tienen como ámbito de acción la esfera pública, y realizan acciones colectivas orientadas al cambio social (Munck, 1995). Estas agrupaciones construyen una identidad común, en la que sus participantes logran reconocerse, realizando una definición conjunta de objetivos (Melucci, 1994), que dan sentido a la acción colectiva, en la cual, además de estar planificada y movilizar recursos, interviene en la producción de símbolos comunes (McAdam *et al.*, 2004). A su vez, analizar la incidencia política de las organizaciones sociales nos lleva a reconocer el rol central del Estado (Leiras, 2007), entendiendo al Estado como una arena de disputa entre diferentes actores sociales (Oszlak & O'Donnell, 1976).

La literatura sobre movimientos sociales plantea diversas categorizaciones de las organizaciones y movimientos sociales (Besana, 2016). Para este trabajo optamos por hacer una categorización propia, de acuerdo con las temáticas que abordan, y su relación con los derechos sexuales. Tal como se mencionó en la introducción de este libro, entendemos a los derechos sexuales como "la demanda en torno al control del propio cuerpo, la seguridad, la propia definición sexual, la legitimidad de la agencia y del placer (...) al reconocimiento público de las identidades y estilos de vida y el acceso pleno a los derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales" (Di Marco, 2012: 217). Teniendo en cuenta esto, construimos tres categorías, exhaustivas y mutuamente excluyentes. Por un lado, encontramos a aquellas organizaciones que se dedican exclusivamente a trabajar sobre acceso a los derechos sexuales (dos a nivel nacional, dos con trabajo en el AMBA, dos en Santa Fe, y una en Mendoza); en segundo lugar, a las organizaciones territoriales, que trabajan con población de barrios populares (cinco de ellas con trabajo en el AMBA, una en Santa Fe, y una en Mendoza); y, en tercer lugar, organizaciones que trabajan por los derechos de grupos poblacionales específicos (migrantes, personas con discapacidad), abordando las cuestiones de género interseccionalmente (una a nivel nacional y otra ubicada en el AMBA). Además, de estas organizaciones, tres de ellas pertenecen a una red de colectivas feministas que acompañan a personas en sus abortos, y dos pertenecen a frentes que agrupan organizaciones territoriales de trabajadores desocupades y de la economía popular.

Antes de avanzar, nos gustaría detenernos en dos puntos. Por un lado, que las organizaciones, tanto las que se abocan a temas de derechos sexuales, como las de base territorial, están compuestas mayoritariamente por mujeres y población LGBT+. Población que suele estar más abocada a las tareas de cuidado que los varones, y que durante la pandemia vivieron una sobrecarga y superposición de tareas de cuidado en el ámbito público y privado. Esto provocó desgaste y afectación en la propia salud de las militantes, como sucedió también con las trabajadoras del sector salud en este período (Lenta *et al.*, 2021). Por otro lado, resulta relevante describir los recursos con los que cuentan las organizaciones para realizar sus actividades. La mayoría de las organizaciones, en especial las locales, se organizan de manera autogestiva. Es decir, consiguen financiamiento a través de actividades que les permiten reunir fondos, como rifas, y por medio de aportes de sus militantes. Muchas de ellas, además, elaboran proyectos para recibir pequeños financiamientos estatales, que permiten la compra de insumos y pequeños electrodomésticos para sus espacios (ventiladores, estufas), y sostener un fondo para acompañar casos (por ejemplo, en gastos de pasajes y boletos para traslados a servicios de

salud). Además, algunas organizaciones generan proyectos para recibir fondos de organismos internacionales, y son las que más se dedican a la elaboración de informes y evaluaciones de políticas públicas para dichos organismos. Esta articulación les permite tener información clave para el acceso a financiamiento por parte de dichas entidades, siendo esta la única asociación hallada entre tipo de actividades y formas de financiamiento.

En cuanto al trabajo de sus activistas, la mayoría no recibe remuneración por su tarea en la organización, y quienes lo hacen suelen percibir programas sociales, por lo cual realizan diversas tareas por fuera de las que se describen en este artículo. Asimismo, estas organizaciones, en las que la mayoría de sus integrantes son personas de sectores de bajos ingresos, son más vulnerables a los recortes tanto de financiamiento de la propia organización (tanto por proyectos como de programas sociales), como de las políticas públicas en general, porque las lleva a tener que atender a una mayor cantidad de población en situación de vulnerabilidad. Otro factor que las afecta es el aumento de persecución política a las organizaciones, algo que se destaca en Mendoza, a diferencia de lo que venía sucediendo en el resto del país.

Para cerrar este apartado, nos interesa destacar que, en la diversidad de organizaciones y territorios relevados, no se observan diferencias particulares en relación con el territorio de pertenencia de cada una y la forma de organización. Además, existen varios puntos en común sobre el diagnóstico que hacen estos colectivos sobre el acceso a los derechos sexuales en el subsistema de salud público, aun siendo de provincias distintas. En este sentido, se identifican las siguientes problemáticas comunes: problemas en la asignación de turnos para atención y diagnóstico y en el acceso a la atención, acceso a la información en salud sexual, maltrato, discriminación y violencia institucional, problemas en la movilidad y traslado a los servicios de salud, inequidad en el acceso a tecnología diagnóstica. Por lo cual, la mayor parte de las actividades de las organizaciones se dirigen al abordaje y búsqueda de soluciones sobre estas problemáticas.

Repertorios de acción e incidencia política en el acceso a los derechos sexuales

Una cuestión relevante al analizar a las organizaciones son sus repertorios de acción. Desde principios del siglo XXI, en Argentina, se presenta una tendencia a incluir un repertorio de acción que deja de centrarse en la protesta, y se extiende a acciones de movilización legal y legislativa (Delamata, 2014).

Así también amplían su protagonismo en la implementación de las políticas públicas, a través de la incumbencia en mecanismos participativos, y su posibilidad de influir como un actor colectivo en la arena política (Arcidiácono, 2011). En el campo de los derechos sexuales, este quehacer además incide en los procesos subjetivos, a través de prácticas cuidadas y construcción de sentidos (Santarelli & Anzorena, 2017).

Si bien existen diferentes formas de clasificar los repertorios de acción de las organizaciones sociales, no todas son adecuadas para el análisis de organizaciones locales (Besana, 2016), (característica ésta propia de la mayoría de las organizaciones que tomamos para este trabajo). Por lo cual, decidimos clasificar las acciones de incidencia a partir de sus actividades, considerando que la articulación entre organizaciones y el Estado son transversales a diferentes actividades.

Teniendo en cuenta que el eje de esta investigación es el acceso a los derechos sexuales, decidimos centrar el análisis de este artículo en las actividades que se enfocan en la incidencia en las políticas de salud sexual[1]. A continuación, enumeramos y describimos las diferentes actividades que hacen las organizaciones relevadas en pos de los derechos sexuales.

Promoción de la salud y difusión de información

La promoción de la salud refiere a las estrategias que fomentan el cuidado y la prevención en salud de las personas y sus comunidades, buscando mitigar los efectos de la determinación social de la salud (Mendoza Longoria & García González, 2022). De las tareas que realizan las organizaciones analizadas, colocaremos en estas categorías a todas aquellas acciones que implican difundir información sobre derechos sexuales y fomentar el cuidado de la salud integral, contemplando los aspectos de la salud física, social y mental. Son acciones disruptivas sobre la propuesta del modelo biomédico hegemónico, porque parten de una concepción de política e interseccional de la salud, realizan una apropiación crítica de tecnologías médicas, promueven la transformación de relaciones asimétricas y autoritarias entre profesionales y usuaries, y reivindican una autonomía pensada en colectivo (Szwarc *et al.*, 2022). Además, estas actividades se sostienen desde posturas que reivindican la ciudadanía

1 Por cuestión de espacio, no haremos referencia a otro tipo de actividades. En organizaciones grandes, con actividad territorial en los barrios, las informantes entrevistadas pertenecían a áreas de salud o de género. Sin embargo, las entrevistadas describieron también otras tareas y espacios de la organización, como vivienda, trabajo, comunicación, sostenimiento de comedores y meredenderos, reparto de alimentos, etc.

sexual (Di Marco, 2012), que refiere al reconocimiento de diferentes prácticas e identidades sexuales, el derecho al placer y a la autonomía sexual y reproductiva, al reconocimiento de diversas formas de construcciones vinculares, tanto sexo-afectivas como familiares, así como la demanda por prácticas en salud que garanticen estos derechos.

Así, en sus diversas labores cotidianas, las organizaciones son referencia para el acceso a derechos. Aun en aquellas que no trabajan sobre salud sexual, las consultas llegan, y las activistas se convierten en referentes para el barrio para acceder a la información sobre salud:

> Por más que sea un merendero, a veces nos vienen con cada caso (...) ¡cada pregunta hacen! (…) de que para poner el chip anticonceptivo, cómo es, cada cuánto, hasta qué edad, (…) ¿Dónde se consiguen las pastillas? ¿Qué pastillas puedo tomar? (...) Te la van preguntando así. Yo a veces digo: nosotras no somos médicas. Pero te ven como un puente, ¿viste? (Wanda, organización territorial, AMBA).

En el fragmento seleccionado podemos observar entonces que las activistas territoriales, aun sin ser especialistas ni estar abocadas a la atención de la salud, se convierten en referentes para les vecines de sus barrios. En el caso de esta organización, se destaca además la articulación con un efector de salud, con el que empezaron a trabajar mancomunadamente, en campañas de promoción de la salud, atención de infantes, y acceso a métodos anticonceptivos, en el marco de una política de la provincia de Buenos Aires que busca potenciar los vínculos entre los hospitales y otras instituciones, como servicios de atención primaria, escuelas, organismos municipales y organizaciones sociales.

Como vemos, las prácticas comunitarias de promoción de la salud que hacen las organizaciones son diversas. En algunos casos son propuestas específicas de la organización, como sostener una posta de información en la vereda semanalmente, organizar talleres y charlas con diferentes grupos poblacionales, o se insertan en actividades más amplias, como festivales culturales, o en el diálogo cotidiano en un merendero, como el ejemplo presentado.

Otra cuestión relevante en el trabajo de promoción de la salud es la producción de materiales propios. Si bien varias organizaciones hacen referencia al reparto de folletería producida por los ministerios de salud, en especial de los pertenecientes al Estado nacional, también destacan el valor de la producción propia. Pues, consideran que pueden interpelar con un lenguaje más accesible a la población con la que trabajan. En el caso del espacio de salud de una organización territorial del AMBA, la cual está compuesta en su mayoría por población migrante de origen boliviano, están debatiendo hacer materiales en quechua y aymara, que es la lengua originaria de muchas de las personas que se acercan a su posta sanitaria barrial. Otras organizaciones, con mayor acceso a recursos económicos y tecnológicos, avanzan en la divulgación de información por redes sociales, páginas web y hasta aplicaciones para celular, como es el caso de la organización que trabaja por los derechos de las personas con discapacidad. Si bien es una idea en la que la organización estuvo trabajando desde antes del 2020, pensando en mejorar la accesibilidad para población con discapacidad, esta herramienta digital se lanzó durante la pandemia, y colaboró para la movilidad a los servicios durante el período de aislamiento para toda la población.

Estas acciones muestran la creatividad aplicada para facilitar el acceso a la información y fomentar el cuidado de la salud. En sintonía con el activismo por el derecho a la salud, en particular, y las prácticas de promoción de la salud que por años se desarrollaron desde los feminismos y el activismo LGBT+, estos "permiten romper la dicotomía del sistema de salud entre actividades extra o intra muros, y articular acciones con espacios laborales, educativos y sindicales, entre otros" (Szwarc *et al.*, 2022: 224).

Acompañamiento de la salud integral y derivación de casos

Las organizaciones hacen tareas concretas de atención y acompañamiento de casos, así como también sirven de mediadoras para el acceso a la atención. Estos acompañamientos requieren de una escucha activa por parte de las activistas, brindar información sobre prácticas de salud a las que las personas tienen derechos, hacer derivaciones a servicios de salud, y ofrecer asesoramiento legal. Para esto, las organizaciones articulan con servicios de salud, con otras organizaciones y hasta con organismos públicos, y la mayoría realizan recurseros, con información sobre servicios de salud, que son difundidos luego tanto en formato papel a las personas que se acercan, como en formato digital, por medio de redes sociales y páginas web.

En el caso de una organización que trabaja sobre derechos sexuales en el conurbano bonaerense, las actividades que realiza se centran en la atención de la salud, ya que es una cooperativa de trabajo compuesta por médicas, psicólogas y trabajadoras sociales, que atienden de forma gratuita. En el caso de organizaciones que abordan la salud sexual, pero especialmente hacen acompañamientos a personas en situación de aborto, el trabajo implica precisar el proceso de interrupción del embarazo, brindando información detallada, pero, además, articulando con servicios de salud. Uno de los cambios

principales que tuvieron que hacer durante la pandemia fue modificar los encuentros presenciales a la pura atención telefónica, lo que les requirió más trabajo y una modificación de sus tareas habituales. Además, estos grupos pertenecen a una articulación de organizaciones feministas que acompañan abortos, que tiene una fuerte articulación con otra red, también entrevistada, conformada por profesionales de la salud que garantizan las prácticas de interrupción voluntaria y legal del embarazo. Esta articulación fortalece el trabajo de ambas organizaciones y les permite hacer derivaciones a los servicios de salud, garantizando la atención.

La mayoría de los acompañamientos relatados por las organizaciones implican brindar información, de forma telefónica y/o presencial, así como brindar asesoramiento sobre los procedimientos de atención en salud. En las organizaciones que hacen acompañamientos de situaciones de violencia, también se da asesoramiento legal y se realizan derivaciones a colectivos de abogades y dispositivos estatales para el abordaje de situaciones de violencia. Otra tarea importante es la de facilitar el acceso a turnos por medio de la articulación con los efectores de salud pública, en especial para situaciones de aborto, debido a las demoras en determinados servicios de salud y la urgencia para el acceso a una consulta, ecografía y/o medicación. Asimismo, detectamos que varias organizaciones colaboran en el acceso a partir de brindar recursos económicos o pasajes para que las personas puedan desplazarse a los servicios de salud, ya que las distancias y los problemas de movilidad son algunos de los principales obstáculos para el acceso a la atención.

El acompañamiento que hacen las organizaciones es hacia personas de la comunidad, pero también a sus propios miembros. Durante la pandemia esto fue fundamental, sobre todo en aquellas organizaciones de barrios populares, cuyas integrantes poseen mayores dificultades para la movilidad y acceso a la atención de salud.

> Un día, me dio un dolor fuerte que casi me desmayo, pero la pasé mal. Eran como las 4 de la mañana. Llamo a [una compañera de la organización] (…) Me dice: "ya te voy a buscar". A la madrugada me llevaron, me interno y todas durmiendo al lado de mi cama hasta que venga mi familia de Uruguay. Por eso digo, es literal. Si no fuera por ella estaba muerta (Wanda, organización territorial, AMBA).

> También el cuidado entre compañeres es fundamental ante las tareas de acompañamiento. Por un lado, para construir criterios comunes y, por otro lado, porque son actividades que pueden generar *burnout* en les militantes: "hacíamos reuniones entre nosotras donde además de ser sostén entre nosotras en este acompañar a otres y de cuidarnos a quienes cuidan, teníamos como esa política, también compartíamos cómo veníamos con algunos casos, qué complicaciones teníamos" (Luisa, organización que aborda los derechos sexuales, Santa Fe).

En base a lo expuesto en este apartado, sostenemos que las tareas de atención y acompañamiento que hacen las organizaciones van en dos sentidos que se complementan. Por un lado, en facilitar a la población con la que trabajan el acceso al sistema de salud, en donde es clave la articulación con los servicios de salud, y por otro, en el cuidado a las integrantes, donde se destaca los recursos humanos de cada organización, que, en la mayoría de los casos relevados, participan sin una remuneración por su tarea.

Producción de datos, monitoreos e informes

Si bien durante las entrevistas, todas las informantes dieron cuenta de una descripción del territorio detallada, como vimos antes, algunas organizaciones también producen datos, informes y monitoreos. Estos se utilizan para difundir el estado de situación del acceso a la salud o de prácticas específicas, para capacitaciones a personal de salud, y también para incidir en la implementación de políticas públicas.

En algunos casos, estos datos los produce la organización, sistematizando sus acciones y los acompañamientos en salud que hacen. Otras veces, son trabajos de monitoreo de políticas públicas, hechos con otras organizaciones o universidades, a partir de observaciones y entrevistas, como una forma de investigación/acción. Estas producciones también sirven para la elaboración de argumentos, la evaluación y diseño de políticas, y poner el tema en agenda pública.

La producción de datos y el monitoreo de políticas públicas no sólo tienen utilidad para la evaluación e incidencia de las políticas públicas, sino que además permiten la capacitación interna de las organizaciones (Gutiérrez & Maffeo, 2016), y las posiciona como referentes respecto de la temática frente a otros actores sociales (Szwarc et al., 2022). Además, presentar estos informes ante organismos internacionales permite la presión de estos en los reportes al Estado nacional (Medici, 2019), e incrementa la incidencia de las organizaciones sociales en las políticas públicas (Leiras, 2007). Sobre esto, una entrevistada, que participa en los mecanismos de evaluación de convenciones internacionales, nos relata: "En práctica de mi militancia, bueno, tengo derecho a que el Estado me consulte por medio de las organizaciones que nos representan en todo lo que es, eh, las políticas públicas que nos tienen como destinatarias" (Carolina, organización nacional de personas con discapacidad).

Varias entrevistadas también consideran relevante la articulación con las universidades y el ámbito académico como forma de incidencia, para dar a conocer las situaciones en el territorio. Esto se vio reflejado en la trascendencia que dieron al presente trabajo de investigación: "La oportunidad de que ustedes nos escuchen para nosotras es un montón (…) porque es un trabajo silencioso. (…) es nuestro acto de militancia por la lucha feminista y la lucha de los derechos de las mujeres" (Melina, organización que aborda los derechos sexuales, AMBA).

La producción de datos, además, habilitó a las organizaciones en pandemia a reclamar políticas concretas, por ejemplo, la disposición que convertía a los servicios de salud sexual en esenciales, para que no se discontinuara la atención de las interrupciones legales del embarazo y la entrega de métodos anticonceptivos. Esto además implicó reuniones con funcionarias para elaborar un circuito que canalizara la demanda de atención:

> Lo que también tuvimos que hacer fue demandar (…) Entonces había que organizar reuniones virtuales para explicar la información, para explicar a dónde podía ir en horarios inhóspitos y fue una a una. Nuestra colectiva acompañó un volumen muy importante ese año (...) tuvimos que tener conversaciones con la Dirección de Salud Sexual de provincia y decirles que estábamos recibiendo mucha demanda y que necesitábamos canalizar esa demanda. (...) Y me acuerdo muy bien que [la funcionaria a cargo] nos dijo, "pero no nos llega esa demanda". Entonces, bueno, ellos estuvieron pensando mucho y armaron un Google Form. Donde en ese Google Form la persona que necesitaba abortar lo completaba (...). Y eso llegaba a las personas de la Dirección de Salud Sexual de Provincia. Y de esa manera logramos visibilizar la enorme cantidad de llamados que estábamos teniendo y de acompañamiento necesarios para garantizar el acceso al aborto legal en ese momento. Y fue impresionante porque las semanas después que nos reunimos con ella y su equipo, y nos dijo, "ahora nos escriben desde pueblos insólitos que no sabíamos siquiera que teníamos ginecólogos o que no sabíamos que había amigables a no sé cuántos kilómetros alrededor (Antonela, organización que aborda derechos sexuales, AMBA).

Como vemos, el trabajo de producción de datos e informes es una actividad que se articula con diferentes actores, tanto funcionaries, como universidades y otras organizaciones, que tienen impacto en las políticas de salud. Las organizaciones son sujetos involucrados en las definiciones de salud-enfermedad-atención y cuáles pueden ser las mejores respuestas para determinados padecimientos (Szwarc et al., 2022), llegando a ser reconocidas como legos expertos (Marello, 2016), aun cuando no todas las organizaciones tengan profesionales de la salud entre sus activistas. Un caso particular es el de la Red de

Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, compuesta por profesionales de la medicina, la psicología, el trabajo social, entre otras. Si bien está compuesta por personas con títulos habilitantes para la atención en salud, el desempeño de sus integrantes es, principalmente, en servicios de atención primaria de la salud, que suele tener menor jerarquía desde el modelo médico hegemónico. Sin embargo, la reivindicación de este espacio desde el activismo feminista, la convierte en una organización que logra interpelar a ciertos espacios de la corporación médica y a los ministerios de salud, mientras fomentan prácticas de atención por fuera del modelo biomédico. Esto le permitió la construcción de nuevos conocimientos y experiencias en el aborto medicamentoso, en especial durante la pandemia (Bessone et al., 2023), a contrapelo del lugar subordinado que la hegemonía biomédica le asigna.

Capacitación

La capacitación se produce en dos líneas: hacia adentro de la organización, como medio de formación para las actividades que se realizan, pero también como una oferta de capacitación a otros actores, en especial al personal de salud.

La capacitación y formación de los miembros de la organización puede ser considerada un recurso, uno altamente relevante en el caso de las organizaciones con escaso financiamiento económico (Besana, 2016). Pero, además, consideramos que esta es en sí también una actividad de incidencia política, dado el poder que conlleva nominar determinados fenómenos, padecimientos y derechos. Así, la formación y capacitación hacia adentro de las organizaciones permiten a sus integrantes, por un lado, analizar y conceptualizar estas experiencias, y, por otro lado, construir herramientas para la demanda en el ejercicio del derecho. Como plantea Gould (2010), las organizaciones sociales ofrecen un lenguaje para los estados afectivos de las personas, como el enojo, el desamparo, la bronca, y la angustia, y proveen una serie de recursos pedagógicos emocionales, ofreciendo una guía sobre definiciones de estos sentimientos y cómo actuar frente a ellos. Un claro ejemplo en las entrevistas hace alusión al uso del término "violencia obstétrica":

> Julia: En los inicios igual, era el Espacio de Salud, que era como dice la compa, para romper los tabús, porque nosotras no hablábamos sobre nuestra sexualidad (...) No sabíamos que existía violencia obstétrica.
>
> Reina: Al reconocer las violencias dentro de los hospitales, de los profesionales, nosotras no sabíamos en ese tiempo, pero después cuando ya nos hemos formado, hemos entendido que no me tenían que gritar cuando yo estaba

> parida. Y que nos ponían en posiciones incómodas para que un profesional esté cómodo. Entonces… y era sorprendente, era un mundo que se estaba abriendo, donde no tenía fin, para mí hasta el momento, no tiene fin (Julia y Reina, organización territorial, AMBA).

Como relatan dos integrantes de una organización, la formación les permitió darle un nuevo sentido a su experiencia de parto, identificar una vulneración de un derecho, y posicionarse ellas mismas como sujeto de derecho. Asimismo, esta formación tiene un efecto multiplicador en las actividades que realizan con su organización, respecto a la promoción de la salud sexual y en el acompañamiento de casos, siendo a la vez un recurso y una actividad de incidencia política en el ejercicio de derechos.

Asimismo, dada la relevancia de las organizaciones en la atención y seguimiento de casos, que las lleva a especializarse en aspectos legales y médicos, el trabajo de las organizaciones capacitando al personal de salud se vuelve central para garantizar políticas de salud sexual, en particular en aborto. En esto, encontramos que sobresalen las actividades de capacitación generadas por organizaciones abocadas a los derechos sexuales. Así como se explicó sobre la producción de datos e informes, estas organizaciones son referentes en la temática, lo que les permite, a partir de la sistematización de casos y construcción de conocimientos, y la propia formación que hacen, llegar a ser consultadas por los equipos de salud.

Las capacitaciones y talleres que ofrecen a las organizaciones también tienen como destinataria a la población en general. En algunos casos logran la articulación con universidades nacionales, lo que les permite generar certificaciones de saberes, que, a su vez, habilita a las personas capacitadas a conseguir empleo o mejorar su posición laboral. Tal es el caso del trabajo de una de las organizaciones territoriales del AMBA, que posee una Escuela Popular en Salud, y dicta una diplomatura en promoción de la salud, en articulación con extensión universitaria de una universidad de la zona sur del conurbano bonaerense.

Protesta y movilización callejera:

Fueron pocas las organizaciones que hicieron referencias a acciones de protesta como una actividad recurrente, algo que se comprende porque nos enfocamos en el período de pandemia en el que se desalentaba la concentración de personas. En general, las organizaciones estudiadas que refieren a la movilización callejera son las de base territorial, con participación en marchas o

manifestaciones que demandan el incremento de montos de los planes sociales, pero también en reclamos específicos por nuevos servicios de salud:

> Estamos haciendo una lucha de más de 15 años para que terminen el Hospital Grierson. En la Comuna no tenemos un Hospital, y entonces, al figurar un hospital en nuestra Comuna, no nos quieren atender en el Santojanni ni en el Piñeiro (Reina, organización territorial, AMBA).

> De hecho, hace poco hubo una marcha, respecto a eso, de que hubo dos personas que fallecieron por falta de atención a tiempo, (…) tuvieron que llevarlas en el auto al hospital, porque la ambulancia nunca llegó (Luciana, organización territorial, AMBA).

Una de las cuestiones para pensar en el repertorio de acción de protesta es la lucha por el derecho al aborto. En este punto, todas las organizaciones hacen referencia a la aprobación de la ley, y la relevancia de las actividades callejeras para apoyar el reclamo, tanto en 2018 como en diciembre de 2020, momentos en los que se debatió el proyecto de ley en el Congreso. Estas movilizaciones fueron masivas tanto en las afueras del Congreso, como en diferentes ciudades del país:

> Todas esas actividades eran muy específicas, muy masivas a nivel nacional, entonces también llegaban mucho más a acá [a Mendoza] (...) Después de 2018 se hizo más masiva la cuestión del reclamo (…). Después de que salió la ley ahí sí que fue calmando la cosa, era más un trabajo interno. Pero nunca costó mucho, ya sea pañuelazos, reunirnos y hablar, como concentraciones y marchas, no había mucho problema, siempre fueron bastante masivas (Celeste, organización de derechos sexuales, Mendoza).

En este sentido, es clave el trabajo de incidencia política de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito que, desde el 2005, articuló a organizaciones de todo el país y desplegó estrategias comunicacionales, de trabajo comunitario, lobby con legisladores, elaboración de informes a organismos internacionales de derechos humanos, y armado de redes de acompañantes de aborto y de profesionales de la salud, entre otras (Medici, 2019; Tesoriero, 2019). Este activismo fue clave para posicionar el debate por el aborto legal, seguro y gratuito en la agenda pública, y lograr la sanción de la Ley nacional n°27.610, de interrupción voluntaria del embarazo. Por eso, no sorprende que todas las informantes relaten sus experiencias en torno a esta demanda del movimiento feminista, desde la realización de actividades callejeras, como vimos en el fragmento de entrevista anterior, hasta

debates y capacitaciones hacia adentro de la organización, sobre todo en las que tienen un acercamiento al feminismo más reciente:

> Hay organizaciones que están muy avanzadas en cuanto a la lucha de género. Nos gusta, pero como te digo, nosotras somos mujeres muy simples todavía. (...) cuando decía yo "siento que no hemos hecho mucho todavía nosotras". Y ella [una compañera] me decía "¿te parece el de salir de limpiar una casa a debatir temas como el aborto no es hacer mucho? (Sandra, organización territorial, AMBA).

Así, la articulación de demandas por los derechos sexuales y la ciudadanía sexual, construyen, en un conjunto de agrupaciones que abordan diferentes temáticas y tienen diversas formas de organización, una idea de pueblo feminista, como plantea Graciela Di Marco (2011). El pueblo feminista es el emergente de la articulación de demandas e identidades de los movimientos populares y los movimientos de mujeres y feministas que se posicionan contra la hegemonía patriarcal y el integrismo católicos (Di Marco, 2011). Y aun después de la masificación del fenómeno Ni una Menos, en 2015, sigue acercando a diversas militantes a los feminismos.

A modo de cierre

El activismo en la promoción de los derechos sexuales es todoterreno. Las estrategias para la incidencia política y el acompañamiento a personas y comunidades para el acceso a la salud sexual son diversas y creativas. Esta creatividad nace de la complejidad del acceso a la atención en territorios diversos, y pese a las particularidades de las tres regiones analizadas, las organizaciones identifican problemáticas comunes: obstáculos en la asignación de turnos y en el acceso a la atención, maltrato, discriminación y violencia institucional, problemas en la movilidad y traslado a los servicios de salud, inequidad en el acceso a tecnología diagnóstica.

Como relatamos en el apartado referido a los repertorios de acción, las actividades de las organizaciones tienen una fuerte incidencia en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. Pero también tienen implicancias directas sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de les activistas y sus comunidades. En este sentido, consideramos fundamentales las articulaciones entre las organizaciones y diferentes organismos públicos, tanto con funcionaries, como con los equipos de salud.

En un contexto de avance de los sectores conservadores a nivel global, el trabajo local de las organizaciones sociales por el fortalecimiento de la ciudadanía sexual nos invita a poner en valor las múltiples actividades militantes en la defensa de los derechos humanos. Dejamos abierta la pregunta sobre cómo sostener y cuidar a quienes cuidan, considerando las múltiples vulnerabilidades que atraviesan a estas organizaciones y a sus activistas, siendo estas particularmente atacadas por los actuales sectores conservadores y neoliberales.

Bibliografía

Arcidiácono, P. (2011). El protagonismo de la sociedad civil en las políticas públicas: Entre el "deber ser" de la participación y la necesidad política. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, *51*, 153-176.

Besana, P. (2016). Somos locales esta vez: Reflexiones sobre las formas en que participan las organizaciones de escala local en la región metropolitana de Buenos Aires (2008-2014). En Alonso, Guillermo, Gutiérrez, Ricardo, Merlinsky, Gabriela & Besana, Patricio, *El gobierno municipal frente al desafío de la articulación. Políticas sociales y ambientales en el Conurbano Bonaerense* (pp. 145-185). UNSAM Edita.

Delamata, G. (2014). *Transformaciones del campo social activista y cambio democrático en Argentina*. *1*.

Di Marco, G. (2011). *El pueblo feminista. Movimientos sociales y lucha de las mujeres en torno a la ciudadanía*. Buenos Aires: Biblos.

Di Marco, G. (2012). Las demandas en torno a la Ciudadanía Sexual en Argentina/ The demands around the Sexual Citizenship in Argentina. *SER Social*, *14*(30), 2010-2243.

Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Revista Debate feminista*, *3*.

Gudiño Bessone, Pablo, Drovetta, Raquel I., y Rúa, Agustina (2023). Acciones para el aborto seguro durante la pandemia: El caso de las prácticas de dos organizaciones de Argentina. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, *12*(4), Article 4.

Gould, D. (2010). On Affect and Protest. En J. Staiger, A. Cvetkovich, & A. Reynolds (eds.), *Political Emotions. New Agendas in Communication* (pp. 18-44). Routledge.

Gutiérrez, M. A., y Maffeo, F. (2016). Salud y derechos: Un ejercicio de monitoreo social de cumplimiento de ILE en servicios de salud. *XII Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población (2016)*. XII Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población, Buenos Aires.

Leiras, M. (2007). La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas. Definiciones, explicaciones y evaluaciones de la literatura especializada local e internacional. En C. Acuña & A. Vacchieri, *La incidencia de la sociedad civil* (pp. 191-220). Buenos Aires: Siglo XXI.

Lenta, M., Longo, R., Zaldúa, G., & Veloso, V. (2021). La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología - UBA*, *27*, 147-154.

Marello, M. (2016). Coproducción, ciencia y activismo: Empoderamiento epistémico y retórico de activistas seropositivos en la Argentina. En R. Marafioti & M. Martini, *Pasajes y paisajes: Reflexiones sobre la práctica científica* (pp. 53-94). UNM Editora.

McAdam, D., Tarrow, S., & Tilly, C. (2004). *Dinámica de la Contienda Política*. Hacer Editorial.

Medici, C. (2019). Estrategias feministas para el aborto legal. En Graciela Di Marco, Ana Fiol, & Patricia K. N. Schwarz (eds.), *Feminismos y populismos del siglo XXI: frente al patriarcado y al orden neoliberal* (pp. 185-196). Teseo.

Melucci, A. (1994). Asumir un compromiso: Identidad y movilización en los movimientos sociales. *Zona Franca*, *69*, 153-180.

Mendoza Longoria, L., y García González, J. (2022). *Indicadores de evaluación para la promoción de la salud*. Teseo.

Munck, G. L. (1995). Algunos problemas conceptuales en el estudio de los movimientos sociales. *Revista Mexicana de Sociología*, *57*(3), 17.

Oszlak, O., y O'Donnell, G. (1976). *Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. CEDES/G.E. CLACSO.

Santarelli, N., & Anzorena, C. (2017). Los socorrismos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario. Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico. *Revista Descentrada*, *1*(1). http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe008

Szwarc, L., Maffeo, F., & Fernández Vázquez, S. S. (2022). Aportes de los activismos feministas y LGBT+ en Argentina a la construcción de una salud feminista. *Revista de Historia - UNCOMA*, *23*, 205-229.

Tesoriero, V. (2019). La transformación del movimiento de mujeres en Argentina y las estrategias en torno al aborto legal. Notas preliminares. En G. Di Marco, A. Fiol, & P. K. N. Schwarz (eds.), *Feminismos y populismos del siglo XXI: frente al patriarcado y al orden neoliberal* (pp. 103-112). Teseo.

Vommaro, G. (2019). Une bureaucratie para-étatique mouvante. La production locale du Welfare des précaires en Argentine à l'ère du capitalisme postindustriel. *Gouvernement et action publique*, *VOL. 8*(1), 35-60.

Capítulo 7

La potencia del pueblo feminista para la democratización del campo de la salud

Pablo Ferrari Gaibazzi

> *"… desde las militancias sobre todo un empoderamiento muy grande y hay una demanda de ese acceso en cuanto a la calidad más allá del acceso también, a la calidad del trato, no solo del aborto sino haciéndolo como más extensivo. El movimiento feminista lo hizo más extensivo a todas las practicas que tienen que ver con el cuidado de la salud".*
>
> (Sobre los principales cambios observados desde el 2019 en adelante. Vanesa, funcionaria, Mendoza)

Introducción

De acuerdo a lo planteado por Mario Pecheny (2014), desde el retorno de la democracia a nuestro país, varios de los avances en materia de derechos sexuales y de género han sido consecuencia de la ampliación del derecho a la salud y la configuración de una "ciudadanía terapéutica" que incluye sujetos en el seno del Estado como destinatarios y objetos de políticas de salud.

Este capítulo se propone explorar el camino inverso y poner en valor los aportes y la potencia de las luchas del pueblo feminista para avanzar en la democratización de los efectores de salud. Graciela Di Marco (2011) define al pueblo feminista como el emergente de la articulación entre el movimiento de mujeres y otros movimientos sociales en torno a los derechos sexuales y fundamentalmente a la lucha por la legalización del aborto.

Si partimos de la definición que Di Marco desarrolló acerca de los procesos de democratización, estos son entendidos como "procesos de cambio desde el autoritarismo, la desigualdad de poder y de recursos, al logro de mayor poder,

autoridad y control de parte de los grupos subordinados" (Di Marco, 2011: 4). Podemos plantear como supuesto que la incorporación en el sistema de salud de las prácticas que garantizan los derechos sexuales en general y en particular de la conquista del derecho al aborto en nuestro país a partir de la sanción de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), produce efectos democratizadores que impactan en todo el campo de la salud. Especialmente en términos de disputas de poder, al tener las mujeres y personas gestantes la facultad de decidir sobre su propio cuerpo, la ley pone la centralidad en la autonomía de la voluntad de las personas con capacidad de gestar. También aclara que las decisiones de éstas no deben ser sometidas a ningún tipo de juicio por parte de les profesionales (Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 2021).

Impactos de la ley de IVE al interior del campo de la salud

> La validación que la ley hace de un movimiento social que tiene que ver con la campaña por el aborto […] permite que el tema salga de los márgenes, que salga de los pasillos, que salga de los rincones y pase a estar en la mesa del director del hospital o en la mesa del director de la obra social. Empieza a tener consistencia en la agenda propia de salud (Diana trabajadora social de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza).

En este capítulo hablaremos de campo de la salud en lugar de sistema de salud y de vecines en lugar de usuaries.

El concepto de *campo* de Pierre Bourdieu (1997) permite dimensionar la multiplicidad de relaciones y disputas de poder existentes que configuran a los diversos actores intervinientes. La noción de campo de la salud, trabajada en nuestro país fundamentalmente por Hugo Spinelli (2022) nos permite plantear la complejidad intrínseca de la salud entendida dentro de lo social y lo relacional. Complejidad, cuya apreciación se obtura con la idea de sistema –el sistema de salud asocia complejidad a la dificultad técnica de ciertas intervenciones quirúrgico/asistenciales–, apalancada en la concepción biomédica dominante propia de lo que se conoce como modelo médico hegemónico. Modelo que se caracteriza por su reduccionismo a lo biológico y pensamiento lineal/unicausal, despojando a la salud de sus dimensiones históricas, políticas, sociales y culturales (Menéndez, 1988).

Consideramos como actores que intervienen en el campo de la salud principalmente a les vecines, trabajadores, funcionaries y militantes, entre otros.Hacemos referencia a vecines en lugar de usuaries, porque desde una

concepción de derechos el concepto usuario nos resulta inapropiado ya que se vincula a la lógica de servicios y en coincidencia con lo que plantea Soraya Vargas Côrtes (2011) dificulta el análisis de las relaciones entre Estado y sociedad; a su vez el concepto de vecino hace referencia a la dimensión territorial inherente a la salud. De este modo, el territorio entendido como espacio construido social e históricamente, y atravesado por relaciones de poder no es ajeno a las identidades que construyen quienes lo habitan (Harvey, 1993, citado en Spinelli, 2016; Santos, 1996, citado en Spinelli, 2016).

Los efectores de salud son en última instancia los responsables de garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con la Ley 27.610. De este modo, sus prácticas y discursos tienen un impacto al interior del campo en estudio que permite poner en discusión aspectos históricamente invisibilizados y naturalizados.

Una de las características más notorias de la persistencia del modelo médico hegemónico y las relaciones de poder que este genera y nutre al interior del campo de la salud, es la centralidad en la figura del médico. "El médico", se considera, tiene la última palabra, es decir la opinión que se impone sobre todas las demás opiniones, emociones, sentimientos y por tanto deja de ser una opinión y pasa a ser una verdad o un mandato, sin considerar la autonomía, saberes y opiniones de quien consulta (Menéndez, 1988).

> … en nuestro sistema de salud […] la palabra del médico es la que vale (Luisa, licenciada en obstetricia trabajadora de un CAPS del AMBA).

> Por falta de información […] uno agacha la cabeza ante lo primero que le dicen […] Entonces te dicen negro, pero vos ves que es blanco y dices bueno, sí, está bien, porque me lo dijo el doctor. Y así pasa con todo (Vecino de Santa Fe).

El no brindar información clara y asequible, el no respetar la autonomía del bien llamado "paciente" al que el modelo imperante coloca en una posición subalterna, lleva a no hacerle partícipe de las decisiones tanto de alternativas asistenciales como de solicitar el consentimiento para la presencia de estudiantes. Esto es lo que Mario Hernández describe como "una expropiación de nuestras decisiones en materia de cuidado de la vida, de la salud nuestra" (Ferrari y Strasser, 2023: 54).

> … hay estudiantes en […] la sala de consulta, y a mí no me pregunta cómo me resulta que haya gente en el consultorio además del doctor y yo. Eso sí me parece un poco incómodo a veces (Ale varón trans de Mendoza).

> No te explican [...] no te dan información […] te mandan a hacer un estudio y no te explican para qué es el estudio ni por qué tenés que hacerte ese estudio (Daiana, vecina de La Matanza).

> … yo siempre les recalcaba que me hablaran en un término que yo pudiera entender. No en términos médicos (Alicia vecina de Santa Fe).

Este modelo médico hegemónico, en base a su lógica anatomobiologicista, ha construido y sostenido históricamente una representación acotada al rol de maternar sobre las mujeres y personas del colectivo LGTBIQ+ con capacidad de gestar (Varela, 2023). Constituyéndose así las ciencias de la salud en general, y la medicina en particular, en un instrumento (si es que no el principal) de sometimiento de las mujeres.

En este sentido, la legalidad del aborto voluntario inserta en el campo de la salud una gran potencia democratizadora, al otorgarle centralidad a la decisión y voluntad de la mujer o persona gestante y no a la del médico.

> … sin esta sensibilización del movimiento de mujeres y disidencias para que finalmente la ley se pusiera en vigencia, y previo a la ley, para que se pudiera enmarcar la tarea dentro de la legalidad, por eso ILE, antes de la ley, y se hizo ese trabajo tan fuerte desde muchos años atrás, sin eso no hubiéramos tenido ley (Marta trabajadora Social de un CAPS de Mendoza).

De este testimonio surge la valoración de la conquista del derecho al aborto como fruto de la lucha histórica del movimiento feminista. El cual no solo logró que el aborto sea legal, sino que en base a la experiencia construida al acompañar durante tantos años a las mujeres que decidían abortar, generó conocimientos que hicieron que, una vez legalizado, su aplicación sea posible (Anzorena, 2023).

> Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo fue un antes y un después, literalmente […] servicios de laboratorio que teníamos que hacer mil piruetas para que hicieran la analítica […] mentir en el diagnóstico, mentir en las indicaciones […] para que pasara y para no tener que dar ninguna explicación, porque de ahí venía maltrato […] cambió absolutamente con la ley (Marta trabajadora Social de un CAPS de Mendoza).

La legalización aporta a la legitimidad construida por el movimiento feminista en torno a la práctica del aborto. A la vez que rompe resistencias fundadas en concepciones personales de les trabajadores de la salud que, previo a la sanción de la ley, obligaban a sus colegas prescriptores a recurrir a diversos artilugios en la búsqueda de garantizar y hacer efectivas las interrupciones legales del embarazo.

> … para mí el día que se coronó en mi práctica profesional […] fue el día que una mujer golpeó y dijo en voz alta en la sala de espera, vengo por una interrupción voluntaria del embarazo. Lo dijo en voz alta. Es la primera vez que nos pasaba en años […] el cambio que veo es mujeres con menos vergüenza, con menos miedo, naturalizando esto como una práctica más, pudiendo repartir las cargas. … no hace falta que nadie más esté de acuerdo más que ella, que la decisión de interrumpir el embarazo alcanza, que no hay explicaciones, no hay que dar explicaciones al respecto ni a nosotras (Catalina psicóloga de un CAPS de Mendoza).

> … la comi(sión) de género acompaña cualquier caso de IVE o de ILE […] le decimos venimos a exigir que hagas esto, esto y esto (Laura, militante, Mendoza).

Finalmente surge la exigibilidad del derecho y la valoración de la autonomía de las mujeres, que no solo encuentran en la legalización de la IVE la tranquilidad de dejar atrás la clandestinidad sino también el poder ejercer el derecho en base a su propia voluntad. Aspecto éste sumamente disruptivo para el modelo médico hegemónico al poner la centralidad en las mujeres y no en la autoridad médica. Es interesante el rol de las organizaciones que, aun conquistada la ley, continúan acompañando y amparadas en la legalidad exigen el cumplimiento de la práctica.

En estos aspectos –valoración de la conquista a partir de la lucha, legitimidad de la práctica y exigibilidad del acceso– se aloja la potencia democratizadora del ejercicio de los derechos sexuales en general y de la IVE en particular.

> … desde las militancias […] hay una demanda de ese acceso en cuanto a la calidad más allá del acceso también, a la calidad del trato, no solo del aborto sino, haciéndolo como más extensivo. El movimiento feminista lo hizo más extensivo, a todas las practicas que tienen que ver con el cuidado de la salud (Vanesa, funcionaria, Mendoza).

Estas conquistas fortalecen la ardua tarea emprendida y sostenida por el movimiento feminista y LGTBIQ+ que durante décadas se abocaron a construir e instalar demandas en torno al derecho a vivir la propia sexualidad y a decidir sobre el propio cuerpo y sus capacidades reproductivas. Si esta lucha logró trascender el reclamo por el acceso a los derechos sexuales y al aborto, y ampliarse para reclamar ante lo que percibe que lo daña, podemos pensar en el "pueblo feminista" (Di Marco, 2011, 2023) como un actor contrahegemónico fundamental. Actor que colabora en la construcción de lógicas más democráticas que

permitan descentrar el poder históricamente instituido en les profesionales, preponderantemente en médiques, hacia les vecines como sujetos de derechos.

Dejar el escritorio y volver al territorio, a la comunidad

> … el centro de las decisiones, el centro de la autonomía, el centro del poder […] sea la persona que va y que acude y no el médico, que es quien tiene la última palabra sobre cuál es tu mejor tratamiento para vos […] eso tiene que ver con una práctica de un ejercicio del poder que se da en los consultorios y que se revierte con el involucramiento y se deja de pensar a la salud como algo estrictamente biológico, se empieza a pensar en la salud en términos comunitarios, en términos sociales, en términos de relaciones de poderes (Vera, militante, Santa Fe).

Esta demanda, expresada por una militante feminista, parece comenzar a tener eco en trabajadoras y trabajadores de la salud, que desde sus prácticas cotidianas plantean posibles respuestas a estos reclamos.

> … hay que volver al territorio, con una mirada crítica […] es una deuda que tenemos, y me parece que ahí sí, las profesiones no médicas en todo caso, y especialmente el trabajo social tiene mucho para aportar (Marta trabajadora Social de un CAPS de Mendoza)
>
> … promover las redes del territorio […] ahí está el apoyo […] hay que volver al territorio, a la comunidad, que es donde se aloja todo esto […] tratar de generar comunidades dentro de una comunidad (Emilse trabajadora Social de un CAPS de Buenos Aires).
>
> … el equipo de salud tiene que cambiar un poco el paradigma de que no sea una medicina hegemónica centrada en la patología y una medicina de escritorio (Verónica, médica de familia trabajadora de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza)

Spinelli (2022) plantea la necesidad de pensar y realizar esta democratización desde lo cotidiano, es decir en el encuentro que se da entre trabajadores y vecines en la tarea misma del cuidado de la salud. Eso que Emerson Merhy (2021) llama la micropolítica, y que implica poner en juego lo relacional para permitir ese encuentro de subjetividades. Encuentro que podría desencadenar un proceso de pasaje de un modelo de atención centrado en le profesional a otro centrado en le vecine.

Al tomar las voces de les vecines en nuestra investigación, observamos lo que Merhy afirma respecto de los principales reclamos de estes sobre la

atención que reciben de les profesionales. Estos no se centran en la falta de conocimiento tecnológico, sino en la falta de interés y de responsabilidad en relación con su persona y su problema, lo cual les lleva a sentirse desinformades, desprotegides, despreciades y no respetades (Merhy, 2021: 59).

> … tengan perspectiva de salud integral, tengan ganas de habitar los barrios con la cuestión de generar un bienestar en la salud de alguien […] Yo creo que los profesionales sufren atender a la gente de las barriadas, lo detestan […] la mayoría son aporofóbicos (Laura, militante, Mendoza).
>
> … hay muchos profesionales que no están capacitados humanamente para tratar con personas […] Ni siquiera te miran a los ojos, ni siquiera te hacen sentarte cuando entras al consultorio (Cecilia vecina del oeste de Godoy Cruz, Mendoza).
>
> … te atienden al último, o sentís como una indiferencia […] hay médicos que ni te tocan, te miran de lejos y piensan que te van a hacer el diagnóstico de lejos (Lohana vecina trans de Mendoza).
>
> … quieren que te vayas rápido y que venga la otra persona y ya está (Mirta vecina de Mataderos, CABA).
>
> El trato […] es fundamental […] la persona llega desesperada por algo y hay que saber entenderlo [...] Hay muchos que no están preparados. Y no te saben tratar. Y uno viene con la intención de ser ayudado, y no de rechazado (Silvia vecina de La Vuelta del Paraguayo, Santa Fe)

Observamos la coincidencia que expresan tanto vecines como profesionales no médicos, respecto a la subalternidad en la que son colocades por la figura del médico en tanto centro de las relaciones de poder al interior del campo. Coincidencia a partir de la cual se podrían llegar a explorar posibles articulaciones que permitan revertir estas asimetrías de poder. Del *"volver al territorio", "a la comunidad"*, de abandonar "*una medicina de escritorio" de* algunas trabajadoras de la salud, como del reclamo de militantes y vecines de que les trabajadores de salud "*tengan ganas de habitar los barrios"*, emergen el territorio y lo comunitario. Estos parecen configurarse como posibles espacios a partir de los cuales poder ampliar el "puertas adentro" –la dimensión privada en la que históricamente se ha sujetado a la salud– tanto del hogar como del consultorio. Sujeción que al esconderla y excluirla de lo público impide su politización. Así, se vuelve necesario construir espacios públicos que permitan la expresión colectiva de intereses recluidos a lo privado, aquello que Merhy (2021) llama *publicizar*; y que para Hernández tiene que ver con la necesidad de "destecnologizar y repolitizar las decisiones que tienen que ver

con la salud […] que tienen que ver con el cuidado de la vida en general, no sólo el cuidado del individuo enfermo" (Ferrari y Strasser, 2023: 54).

Como plantea Magdalena Chiara (2019, 2020) la salud pública convencional suele acotar el territorio a lo que está por fuera de los efectores de salud, sin dimensionarlo como espacio construido social e históricamente. Esto impide comprender el diálogo que se establece entre el territorio y quienes lo habitan. Este proceso da lugar a la construcción de territorialidad, entendiéndola como los intentos por parte de individuos y colectivos por modificar, intervenir o controlar un área geográfica (Sack, 1986, citado en Chiara, 2020; Passerino, 2023). Este enfoque relacional y dialógico habilita la comprensión de la interdependencia que se genera entre políticas y territorio, estableciendo una horizontalidad que rompe la concepción clásica de las políticas como el arriba (normas, protocolos, servicios y efectores públicos) y el territorio como el abajo (Chiara, 2020).

Por último, es necesario reflexionar sobre el rol de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) desde esta óptica del territorio, en la que diversos autores destacan su proximidad. Esta característica está dada no solo por su inserción en el territorio, sino también por las relaciones sociales que establecen, mediante las cuales pasan a formar parte del entramado de relaciones barriales interviniendo en la construcción de identidad y condicionando la producción y reproducción social (Petrucci *et al.*, 2014). A su vez esta proximidad los convierte en la principal presencia del Estado. En palabras de Chiara (2020) son el verdadero Estado en el barrio; estos equipos de salud a través del conocimiento, llegada y permanencia que tienen en el territorio se convierten en espacios centrales para el verdadero trabajo territorial.

El caleidoscopio de la participación popular en salud

En este apartado recurrimos al caleidoscopio como metáfora para analizar las diversas representaciones que se configuran al interior del campo respecto a la participación.

Uno de los análisis que se desprende de las entrevistas, es que la participación no se encuentra dentro de las demandas de les vecines (excepto en aquelles que refieren ser parte de alguna organización social).

> E: ¿Cómo te gustaría participar para mejorar las cosas?
> Lohana: "No, nunca me he averiguado".
> E: Y no te ha interesado, digamos, ¿participar?
> Lohana: "No, no" (Lohana vecina trans de Mendoza).

> No, no me interesa (Respecto a participar en el CAPS de su barrio, Melisa vecina del Barrio Yapeyú, Santa Fe).
>
> A la edad que tengo no, quedarme en casa y decir hasta acá llegaste (Respecto a participar en el CAPS de su barrio, Evangelina vecina del Barrio Yapeyú, Santa Fe).

Este desinterés por participar nos hace pensar que, entre otros factores, puede deberse a la falta de apropiación de la salud como derecho por parte de la población en general, tributaria de la persistencia –tanto en vecines como trabajadores de la salud– de la concepción de la salud desde la caridad y no desde una perspectiva de derechos. Herencia que perdura de los inicios de la salud pública en nuestro país vinculada a la sociedad de beneficencia en la que el acceso a la asistencia médica implicaba la perdida de la condición de ciudadanes, y que al día de hoy parece no haber sido saldada a pesar de que el Estado con altos y bajos asumió su responsabilidad como garante hace más de 70 años (Tobar, 2001).

Sí aparece la necesidad y el reclamo de participar por parte de las organizaciones, que ponen en valor lo comunitario y le otorgan centralidad al rol que cumplen las promotoras de salud. Consideradas éstas facilitadoras para el acceso a la atención ya que al ser vecinas y trabajar en los CAPS se constituyen en el principal nexo del barrio con los efectores. Son vistas por les vecines como el barrio dentro del centro de salud. Al transitar y habitar los territorios, las promotoras de salud rompen la lógica pasiva que perciben del trabajo de los CAPS en los que los profesionales no salen de la institución al encuentro de la comunidad.

> … no hay una participación activa de los profesionales en la comunidad. … hay una brecha muy grande entre el profesional de salud en un barrio y les vecines […] figuras que están re piolas […] promotoras de la salud, que de algún modo combinan el sistema de salud con las vecinas […] fluye […] una comunicación mucho más copada […] el sistema de salud en sí mismo […] no está adaptado a las necesidades reales de la gente (Luciana, militante, C.A.B.A.)
>
> … tener promotores y promotoras territoriales también hace que ese acercamiento sea mucho más ameno, ya es una vecina que te acompaña, es una vecina que te consigue un turno médico […] son compañeras de organizaciones sociales, son vecinas, son quienes nos avisan, por ejemplo […] de esta semana a tal semana, van a estar haciendo todos los testeos por VIH […] son las promotoras quienes tienen el vínculo inmediato con las orgas (Natalia, militante, C.A.B.A.).
>
> … los centros de salud. No van a los barrios como promotores de salud.

> … acá en el FOL tenemos un grupo de promotoras de salud […] tienen un vínculo con algunos efectores […] ellas tienen la posibilidad, como somos muchas compañeras organizadas, de pasar un pedido de tantas compas que necesitan para ginecología, por ejemplo, lo pasan al centro de salud y el centro de salud le otorga directamente los turnos (Laura, militante, vecina del oeste de Godoy Cruz)

También se observa cómo las organizaciones feministas tienen muy claro su rol de incidencia política, aspecto central desde los orígenes de la conformación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

> Tenemos cierta articulación con la Directora del Programa Provincial de Salud Reproductiva […] le sirve que nosotras también hagamos ciertas cosas como acciones de incidencia para ayudarle a ella también. Con ella y con ciertos profesionales de la salud que trabajan en distintos centros de salud u hospitales muy puntuales, también tenemos articulación […] la mayoría ha sido parte […] de la Red de profesionales de salud (por el derecho a decidir) (Militantes, Mendoza).

> (Durante la pandemia) las chicas nos decían 'lo que pasa es que no nos animábamos a ir al centro de salud porque pensamos que por la pandemia no nos iban a dar respuesta'. Entonces […] hicimos como un trabajo de incidencia de ir a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, porque el aborto era una práctica esencial […] como la provisión de anticonceptivos […] hicimos un trabajo de incidencia de que se difunda esa información porque no le estaba llegando a las compañeras en los territorios.
> Al integrar la Campaña, siempre tuvimos la premisa de incidir en la política pública (Vera, militante de Santa Fe).

Respecto a les trabajadores de salud, en el contexto de entrevista, ante la pregunta sobre la existencia de canales o instancias de participación varies no entendían a qué se hacía referencia y ante la aclaración referían como instancias de participación cuadernos de queja o la cooperadora del hospital. Vale aclarar que varias luego de estas preguntas sí mencionaron que creían importante y necesaria la participación de les vecines en los CAPS y la necesidad de articular con organizaciones. Esto fue más marcado en profesionales que dimensionan lo político como determinante de la salud, y que en su mayoría pertenecen a profesiones no médicas como Trabajo Social y Psicología.

> ¿Canales de participación? [...] No sé si hay ese tipo de cosas […] Bueno libros de quejas hay millones, de agradecimientos muy pocos, pero no sé si hay […] Sí hay una cooperadora en el hospital que ayuda un montón […] gente que ayuda. Que contribuyen, juntan dinero (Carla, médica toco ginecóloga, trabajadora de un hospital de Mendoza).

La demanda de agradecimiento que realiza esta médica expresa la persistencia de la atención de la salud como dádiva y no como derecho, tal como analizamos anteriormente.

> E: ¿Y tienen, hay canales de participación de los usuarios? ¿Cómo pueden participar de alguna manera?
> Catalina: ¿De qué?
> E: O sea, en relación al servicio de salud, o sea, pueden, qué sé yo, si te digo. Algún tipo de participación, o sea, que puedan comentar algo hacia la institución. Algún tipo de canal.
> Catalina: Ah, un libro de quejas […] que nadie sabe que existe, que, de hecho, no se puede ver. No sé si el libro sería una buena opción, pero a mí también me parece que sería genial que la gente tomara el centro de salud como un centro de participación […] que se apropien del espacio para ser los protagonistas de todo lo que va sucediendo (Catalina psicóloga de un CAPS de Mendoza).

> … empezar a recuperar esto de la atención primaria y de la salud, que [...] La sala es del barrio. Que el barrio se apropie de sus instituciones […] Creo que por ahí viene la estrategia […] ¿Cómo hacemos para que eso se capitalice en herramientas para la población? (Luisa licenciada en obstetricia, trabajadora de un CAPS del AMBA).

Entre les funcionaries, aquelles con trayectoria de militancia en espacios políticos y sobre todo en el movimiento feminista, mencionan diversas instancias de participación implementadas en sus ámbitos y espacios a cargo. También consideran de gran relevancia el rol y la participación de las organizaciones; su presencia y conocimiento del territorio es uno de los aspectos más valorados.

> … con las redes y las organizaciones tenemos un Consejo Asesor institucionalizado y en ese marco articulamos […] la virtualidad nos permitió estar en comunicación directa con todas las colectivas, las regionales y establecer como asambleas y estrategias, reuniones participativas para identificar obstáculos y ver cómo los removíamos (Analía, funcionaria).

> … saber que las organizaciones están mirando, están de alguna manera, siendo veedoras del cumplimiento de las políticas públicas también te marca la posibilidad de dar otras discusiones […] las organizaciones, cuando te marcan un lugar hacia dónde ir, están viendo qué está sucediendo (Melina, funcionaria de Santa Fe).

> … yo creo que hay una gran potencialidad […] hay un montón digo de saberes, de lecciones de las organizaciones que son quienes le ponen el cuerpo en definitiva en distintos ámbitos […] por ejemplo toda la cuestión y el rol que cumplieron los feminismos más comunitarios y populares con la pandemia

> […] no podemos pensar el acceso a derechos sin la dimensión ésta de las organizaciones […] cómo se diseñan las políticas públicas del Estado para el abordaje de las violencias o de la salud sexual, me parece que ahí tiene que ver con un proceso permanente de diálogo con las organizaciones, en el diseño, en la ejecución, en la evaluación […] entender de que muchas veces son quienes efectivamente conocen el territorio (Maitena, funcionaria de Santa Fe).

Estos relatos contrastan con los de funcionarias de la provincia de Mendoza, que muestran una actitud pasiva o reticente respecto a la importancia del diálogo con las organizaciones. El mismo pareciera habilitarse ante necesidades puntuales de la gestión o para descomprimir conflictos, pero sin una predisposición a generar espacios discursivos sostenidos en el tiempo.

> … sé que hay colectivos, pero la verdad es que van surgiendo más esporádicamente, frente generalmente más reactivos a algún conflicto, entonces es como que generalmente se los escucha más cuando hay un conflicto social o alguna vulneración de derechos, es como que ahí se escuchan más, y quizás no tanto en políticas sostenidas a lo largo del tiempo (Yemina, funcionaria de Mendoza).

> … cuando a mí me tocó implementar la ILE, las personas que en general se me acercaban eran de los colectivos […] en ese momento antes necesitábamos que nos apoyen.
> Las chicas ya no me han hablado más porque no hace falta (Romina, funcionaria de Mendoza)

Esta lógica parece tener eco en las palabras de las integrantes de una Cooperativa: "(Las autoridades) Nunca llaman a las organizaciones territoriales. Y la realidad es que las organizaciones territoriales sabemos lo que pasa y que lo que el Estado no cubre […] el sistema obstruye y tampoco consulta". Incluso se podría pensar que posicionamientos como los de estas funcionarias responsabilizan a las organizaciones por no demandar participación, sin reflexionar acerca de si desde sus lugares de gestión la promueven o niegan. Aspecto que también puede estar condicionado por cierta directiva política por parte de las principales autoridades gubernamentales.

> … de los colectivos feministas, en su momento trabajamos mucho con la red de profesionales […] Todas las articulaciones con agrupaciones de la sociedad civil nosotros las tenemos como muy [...] no quiero decir prohibidas pero como sí, como medio truncadas desde el espacio como más político me parece; que ha sido como una gran debilidad de toda la gestión: la falta de articulación o la falta de […] no sé viste, creo que es como el perfil de la gestión que se maneja como más unilateralmente (Vanesa, funcionaria de Mendoza).

Aunque también se observa una dinámica participativa y democratizadora en otro efector dependiente del Ministerio de Salud de Mendoza destinado a la atención de personas en situación de calle. En el que la dinámica asamblearia y deliberativa constituye la modalidad de gestión y toma de decisiones.

> … es un espacio de salud horizontal, participativo, interdisciplinario, en donde la participación comunitaria es como requisito fundamental y parte de la dinámica cotidiana del espacio […] todas las semanas hay asambleas comunitarias […] en relación a las problemáticas, la identificación de problemáticas, y la priorización de las cuestiones a abordar colectivamente, se hace en asamblea, con el equipo de salud comunitaria, y las personas que quieran participar […] ahí se decide, se identifican las problemáticas y se prioriza participativamente qué cosas se va a abordar […] los viernes a las 10 de la mañana, se esté haciendo lo que se esté haciendo, se abren las puertas del consultorio, se ponen sillas 30, 40, 50 […] Esa constancia durante los años ha permitido y ha facilitado un montón de procesos […] el generar espacios de encuentro, y abrirles las puertas, que van a ser escuchados y escuchadas y que van a ser reuniones legitimadas, eso ha permitido facilitar cuestiones muy complejas. Justamente porque hay tiempo para lo colectivo, los viernes siempre hay actividad colectiva […] en un principio nos costó organizarnos, porque justamente en situaciones de calle había pocas habilidades sociales para trabajar colectivamente […] Se puede debatir cualquier tema, se puede abordar cualquier tema. Se puede proponer cualquier tema, y después se prioriza lo que se va a trabajar en forma colectiva a través de votación, por ejemplo, metodologías participativas comunitarias para priorizar temáticas. Y algo muy importante, que el equipo de salud no se posiciona por encima de la población, no tiene el saber ni tampoco tiene la última palabra. Es un espacio absolutamente horizontal (Guido, médico de Mendoza).

Esta dinámica tendiente a la democracia directa en salud –que retoma la experiencia de los ATAMDOS[1] llevada a cabo por Floreal Ferrara en la provincia de Buenos Aires en los años de la recuperación de la democracia (Svampa, 2010)– contrasta con lo referido por las funcionarias mencionadas antes. Pone en evidencia lo que sostiene Spinelli (2022) sobre la potencia de les trabajadores

1 A fines de 1987, durante la breve gestión del Dr. Floreal Ferrara como Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de Antonio Cafiero como Gobernador, se puso en marcha el programa "Centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de Salud" (ATAMDOS). Cada ATAMDOS estaba formado por un equipo interdisciplinario: un médico, una enfermera, un psicólogo, una trabajadora social, un bioquímico y un odontólogo cada dos grupos. Las trescientas familias de cada ATAMDOS eran quienes manejaban el presupuesto del equipo. Eran los que controlaban y dirigían, discutían y resolvían los problemas de salud en asamblea.

de salud para constituirse como sujetos de cambio de sus instituciones y sus lugares de trabajo en base a los altos niveles de libertad existentes en las organizaciones de salud. A la vez traza una hoja de ruta posible de seguir para hacer efectivo lo que tanto vecines, militantes y profesionales entrevistades mencionaron sobre la necesidad de ser escuchades, de que la palabra del médico no sea la única valida y de que los CAPS sean verdaderos espacios de participación y construcción colectiva de la salud, es decir, practicar la *publización* y politización de la salud. El funcionamiento de este espacio pone en escena dos dimensiones interdependientes de la participación trabajadas por distintos autores. La faceta política, asociada a la participación como condición esencial de las personas para poder exigir sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales; de intervenir de forma permanente en las decisiones políticas y discutir la distribución del poder (Avritzer, 2011; Cariaga y Ferreira, 2021; Moroni, 2011). Al igual que la naturaleza pedagógica de ciudadanía, al posibilitar la expresión de aspiraciones y demandas en el espacio público de forma democrática a partir de la autopercepción (Escorel y Rasga Moreira, 2011; Moroni, 2011).

> Expresar deseos y necesidades, construir argumentos, formular propuestas, escuchar otros puntos de vista, reaccionar, debatir y llegar al consenso son actitudes que transforman a todos aquellos que integran procesos participativos. Es una verdadera educación republicana para el ejercicio de la ciudadanía, que amplía un espacio público real, en el que la construcción dialogada del interés público pasa a ser el objetivo de todos los hombres y mujeres. Por eso, participar también es disputar sentidos y significados (Moroni, 2011: 317).

Esta diversidad de apreciaciones y valoraciones sobre la participación en salud recuerdan a un caleidoscopio en el que según desde donde une se mueve o se sitúa dependen las imágenes que se configuran, lo cual podría decirse que realza la necesidad planteada inicialmente de hablar de campo de la salud. A su vez ponen en relieve que la participación en salud –desde la conferencia sobre Atención Primaria de Salud de 1978 en Alma Ata– es un aspecto muy declamado pero escasamente practicado. Se caracteriza (y desvirtúa) por una gran polisemia que abarca desde brindar información hasta el control ciudadano mediante formas de democracia directa (Cornwall, 2008). Es posible grosso modo clasificarla en base a dos lógicas: una utilitarista, caracterizada por entender a la comunidad como instrumento para la ejecución de programas y/o políticas, sin atribuirle capacidades en la toma de decisiones; y otra basada en la justicia social (Menéndez, 1995; Brunton *et al.*, 2017).

Como advertimos anteriormente, se generan diversos interrogantes sobre la falta de demanda o de interés por participar de les vecines, al igual que a

partir de la falta de claridad de trabajadores de la salud ante la pregunta de instancias de participación. Estos interrogantes nos llevan a pensar en su relación con la predominancia del modelo médico hegemónico y la consecuente dificultad o imposibilidad de entender la salud como un ámbito netamente político. Ante esta despolitización, pensamos que es necesario recuperar la esfera relacional de la salud y por ende la necesidad de politizarla o re politizarla, tal como propone Mario Hernández (Hernández en Ferrari y Strasser, 2023) cuando afirma que el complejo médico ha impuesto una idea distorsionada de la salud entendida exclusivamente como un problema de médicos, siendo en su carácter de expertos los únicos habilitados para hablar.

En esta línea toma más impulso aún la *publización* de la salud que planteamos anteriormente. Dotando de centralidad a la participación, que junto al territorio y lo comunitario parecen configurarse como las vías a través de las cuales generar el encuentro de les trabajadores de salud con les vecines y sus organizaciones. Encuentros en los que pueden llegar a establecerse los diálogos necesarios en pos de generar solidaridad y construir identidades comunes en torno a las diferentes necesidades (Moroni, 2011). Estas, al ser compartidas y politizarse, pasan a convertirse en demandas (Di Marco, 2011). Demandas que deben ser hilvanadas y traducidas en nuevas equivalencias –a partir de lo que cada una tiene en común con las otras– que permitan sostener y ampliar el potencial democratizador del pueblo feminista. Tomamos el concepto de equivalencia democrática de Ernesto Laclau y Chantal Mouffe (1987), porque permite pensar en la construcción de las coincidencias entre los reclamos y necesidades de diversos sectores y movimientos presentes en el campo de la salud y en los territorios. Surge así la construcción de equivalencias como herramienta para disolver la fragmentación de las diversas demandas en torno al acceso y al ejercicio del derecho a la salud.

> … nosotres entendemos muy bien que somos una organización social y que no somos el Estado, y que bajo ningún tipo de circunstancia vamos a poder realmente resolver los problemas estructurales, sí lo que podemos hacer es problematizarlo, repensarlo, crear algún tipo de herramienta de forma conjunta o que derive en un reclamo específico hacia la institución que corresponda. … la Asamblea Feminista […] donde participamos todas las organizaciones sociales que trabajamos géneros, que nos juntamos cada 15 días a discutir problemáticas del barrio desde nuestra perspectiva y como espacio asambleario, cómo podemos salir a acompañar o incluso a imponer (Natalia, militante, CABA).

> El dar acceso parte mucho también […] con la movilización social para buscar acceder y planteando las diferentes demandas […] la organización de esas demandas desde la sociedad salen a través de organizaciones entonces, esas

> organizaciones dando demandas concretas y no lo que a nosotros nos parece desde nuestro lugar […] es muy difícil percibir desde un lugar de trabajo, una realidad o una demanda concreta […] el sistema de salud hoy no tiene el recurso para hacerlo, no tiene sensibilidad para hacerlo y me parece que sería como re importante ahí el tema de las organizaciones (Vanesa, funcionaria).

> … son las que más conocimiento tienen de la población, de las situaciones que están atravesando las personas, y son las que están disponibles todo el tiempo […] son vecinas del barrio […] todo el tiempo están transitando, viviendo situaciones, son las mismas que después acompañan, y acompañan de una manera tan prolija, y tan amorosa […] falta un montón con el Estado, pero esas organizaciones son las que sostienen los territorios (Emilse, trabajadora Social de un CAPS de San Martín, Buenos Aires).

Si bien hemos planteado el potencial democratizador de la IVE, no deja de estar latente el riesgo de que conquistado este derecho su garantía se convierta en un acto asistencial más, descontextualizándolo de toda la lucha que ha implicado. Y que, como sostiene Nancy Fraser, al ser re contextualizado puede perder sus significados contrahegemónicos y despolitizarse (Fraser, 1991, citado en Di Marco, 2011).

> … a partir de la legalización […] por una evaluación de lo que significaba políticamente la legalización, definimos no hacer más acompañamientos. En un punto, si hay que sintetizarlo, nuestra posición fue que a partir de ese momento el acompañamiento pasaba a ser, entre comillas, o al menos en términos teóricos, innecesario. Y que todo ese tipo de atención tenía que ser brindada desde los mismos efectores de salud (Natalia, militante de Santa Fe).

Consideraciones finales

Si queremos poner en discusión y democratizar las relaciones de poder históricamente arraigadas en el campo de la salud, para descentrar el poder instituido en les profesionales hacia les vecines como sujetos de derecho, es necesario recuperar su dimensión política. Para esto es fundamental situar a la salud en la esfera de lo social/relacional y construir espacios públicos que permitan ampliar la dimensión privada a la que ha sido recluida la salud. En este sentido, el territorio y lo comunitario emergen como espacios centrales para la expresión de necesidades, reflexión y construcción colectiva de demandas. La conquista del derecho al aborto en nuestro país es un claro ejemplo de esto.

Para que les trabajadores de la salud puedan aportar a la publicización, se hace necesario que tengan en claro dos aspectos: por un lado, su potencia para

constituirse en sujetos de cambio de sus instituciones desde la micropolítica, ya que al ejercer el poder técnico tienen control sobre su trabajo (Spinelli, 2022); por otro lado, la necesidad de entender el territorio y lo comunitario como aspectos entrelazados y complejos, para no caer en el reduccionismo de lo común como sinónimo de homogeneidad (Muñoz-Rodríguez y Martín, 2021). Así se lograría una concepción dinámica del territorio, como espacio construido social e históricamente, atravesado por relaciones de poder, como sinónimo de caos, habitado por sujetos y colectivos. Estos construyen sus identidades, a través de sus interrelaciones, en las que el territorio influye ya sea dificultando o facilitando el tejido de esas tramas (Harvey, 1993, citado en Spinelli, 2016; Santos, 1996, citado en Spinelli, 2016; Chiara, 2019, citado en Chiara, 2020).

El pueblo feminista es un actor contrahegemónico que ha irrumpido en el interior del campo de la salud con un enorme potencial democratizador que debe ser sostenido y ampliado a partir de nuevas articulaciones. Los CAPS en base a la recuperación de su impronta territorial y comunitaria tienen el potencial –a partir del encuentro de sus trabajadores con les vecines y sus organizaciones– para establecer los diálogos necesarios en pos de generar nuevas demandas desde la solidaridad en torno a las diferentes necesidades. En este sentido, la participación se presenta como clave para canalizar las demandas, siendo fundamental la predisposición de les trabajadores de salud para promover y sostener estos espacios desde un verdadero diálogo de saberes.

En un contexto político adverso para el derecho a la salud y para los derechos sexuales, con intenciones inclusive de derogar la IVE, con pobreza creciente y corrimiento del Estado, es sumamente necesaria la articulación entre espacios de salud y organizaciones para resistir y sostener el cuidado de la salud en los territorios. Las organizaciones lo vienen haciendo y demandan ser escuchadas en ámbitos concretos y sostenidos de participación. Es hora de que les trabajadores de la salud y sus instituciones asuman la responsabilidad de generar estos *espacios discursivos*.

> A nosotros nos llena de alegría que vos, con una universidad nacional, quieras tener una entrevista con nosotras, porque sentimos que hay alguien que nos escucha. Si no, todo lo que nosotros hacemos […] y que la gente nos reconoce, ese es el valor que tenemos [...] entonces que alguien que pueda llevar nuestra voz a algún lugar donde pueda ser escuchada nuestra voz, y es un montón (militantes de San Miguel, Buenos Aires).

Bibliografía

Anzorena, C. (2023). El derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina: Obstáculos y desafíos de la política en acto a 18 meses de su implementación (2021-2022). *Salud Colectiva*, *19*, 1-12.

Avritzer, L. (2011). Asociativismo y participación en salud: Un análisis de la cuestión en la región Nordeste de Brasil. En S. Fleury y L. de Vasconcelos Costa Lobato (Eds.), *Participación, democracia y salud* (Primera, pp. 187-220). Lugar.

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.

Brunton, G., Thomas, J., O'Mara-Eves, A., Jamal, F., Oliver, S., y Kavanagh, J. (2017). Narratives of community engagement: A systematic review-derived conceptual framework for public health interventions. *BMC Public Health*, *17*(1), 944. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4958-4

Cariaga, M. E., y Ferreira, M. (2021). La corresponsabilidad ante el COVID 19 en los barrios populares. Relatos de Villa Itatí. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *10*(20), 185-191.

Chiara, M. (2019). ¿Es el territorio un "accidente" para las políticas de salud? aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, *4*, 19-35.

Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *10*(20), 27-40.

Cornwall, A. (2008). Unpacking "Participation": Models, meanings and practices. *Community Development Journal*, *43*(3), 269-283. https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010

Di Marco, G. (2011). *El pueblo feminista. Movimientos sociales y lucha de las mujeres en torno a la ciudadanía*. Biblos.

Di Marco, G. (2023, diciembre). *Cuarenta años de democracia. Una aproximación a la situación del cumplimiento de los derechos sexuales en territorios vulnerabilizados* [Seminario]. Travesías en cuarenta años de derechos sexuales en Argentina, CONICET Mendoza.

Escorel, S., y Rasga Moreira, M. (2011). Desafíos de la participación social en salud en la nueva agenda de la Reforma Sanitaria Brasileña: Democracia deliberativa y efectividad. En S. Fleury y L. de Vasconcelos Costa Lobato (eds.), *Participación, democracia y salud* (Primera, pp. 289-312). Lugar.

Ferrari, P., y Strasser, G. (2023, julio). Es necesario destecnologizar y repolitizar las decisiones que tienen que ver con la salud. Entrevista al sanitarista colombiano Mario Hernández Álvarez. *Revista Tramas de Salud. Tejiendo Salud Colectiva*, *1*(1), 50-54.

Laclau, E., y Mouffe, C. (1987). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia.* Siglo veintiuno.

Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 27.610, Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2021).

Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria* [Conferencia]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires. 451-464.

Menéndez, E. (1995). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Dimensión Antropológica*, *2*(2), 7-37.

Merhy, E. E. (2021). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. EDUNLA Cooperativa.

Moroni, J. A. (2011). El derecho a la participación en el Gobierno Lula. En S. Fleury y L. de Vasconcelos Costa Lobato (Eds.), *Participación, democracia y salud* (Primera, pp. 313-342). Lugar.

Muñoz-Rodríguez, M., y Martín, S. (2021). Entramados entre lo común y el Estado como clave para revisitar la participación en salud. *Saúde e Sociedade*, *30*(2), e200604. https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200604

Passerino, L. (2023, diciembre). *Derechos sexuales y territorialidad. Apuntes para pensar la accesibilidad en salud* [Seminario]. Travesías en cuarenta años de derechos sexuales en Argentina, CONICET Mendoza.

Pecheny, M. (2014). Derechos humanos y sexualidad: Hacia la democratización de los vínculos afectivos en la Argentina. *Sudamércia: Revista de Ciencias Sociales*, *3*, 119-136.

Petrucci, A. *et al*. (2014) Territorialidades. Miradas desde el Trabajo Social. *XXVII Congreso Nacional de Trabajo Social*. Recuperado de https://issuu.com/faapss/denocs/petrucci

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: Programas y territorios. *Salud Colectiva*, *12*(2), 149-171. https://doi.org/10.18294/sc.2016.976

Spinelli, H. (2022). *Sentirjugarhacerpensar: La acción en el campo de la salud*. EDUNLA Cooperativa.

Svampa, M. (2010). *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: Conversaciones con Floreal Ferrara* (Primera). Biblioteca Nacional.

Tobar, F. (2001). Breve historia de la prestación del servicio de salud en Argentina. *Medicina y Sociedad*, 1-22.

Varela, V. E. (2023, julio). Las prácticas del equipo de salud sobre los cuerpos de las mujeres y las personas del colectivo LGTBQI+. *Revista Tramas de Salud. Tejiendo Salud Colectiva*, *1*(1), 81-83.

Vargas Côrtes, S. M. (2011). Consejos y conferencias de salud: El papel institucional y los cambios en las relaciones entre Estado y sociedad. En S. Fleury y L. de Vasconcelos Costa Lobato (Eds.), *Participación, democracia y salud* (Primera, pp. 125-158). Lugar.

Capítulo 8

Más allá de las institucionalidades en pandemia y postpandemia: observar, acceder, reflexionar. El caso de la ciudad de Santa Fe

Maite Martín y Valeria Roxana Venticinque

> *"(…) Porque uno dice bueno, no sabes qué fue de la postpandemia, qué fue por ahí también de la creación de mejores institucionalidades. Digo, por ejemplo, esto la creación del Ministerio de Género de Nación, de Provincia, lo cual bueno, para mí son aciertos y de donde se han, me parece, tomado definiciones como bastante interesantes y que han sido, digamos, como avances. Pero bueno, creo que también la pandemia, (..) dejó también me parece como una fragilidad, un tiempo distinto un poco en todas las personas(…) hay como un poco más ahora de conciencia, de trabajo personal".*
>
> Florencia, funcionaria de Santa Fe, 2019.

1. Introducción

Este capítulo busca describir y analizar la construcción y puesta en marcha de ciertas políticas y prácticas públicas que favorecieron el ejercicio de los derechos sexuales[1] de mujeres, lesbianas y trans en la provincia de Santa Fe durante la pandemia y post pandemia. En esta misma línea, nuestras reflexiones analíticas buscan establecer las formas en que se desarrolló la accesibilidad de los derechos de salud que las políticas brindaron en territorios vulnerabilizados

1 En este texto nos referiremos a derechos sexuales entendiéndolos desde un discurso no esencialista de la sexualidad, y en consecuencia no vinculado a la reproducción necesariamente (Di Marco, 2019).

de la mencionada provincia. Partiremos de comprender, junto a Diana Maffía (2014: 5), que

> Para evaluar si se cumple el derecho a la salud, entonces, hay que observar el alcance de las obligaciones de un gobierno (respetar, promover, proteger y garantizar) y las limitaciones (económicas, geográficas, sociales) (...). Es importante recordar que los derechos pueden ser violados por acción u omisión, siendo este último el modo más frecuente cuando se trata de los derechos de las mujeres.

Por razones de interés académico este artículo se referirá al caso santafesino. Es preciso señalar, que la provincia seleccionada posee una complejidad particular cuando de organicidad sanitaria hablamos. La ciudad de Santa Fe posee una red de Centros de Salud dependientes del Gobierno Provincial, con sólo un centro de salud municipal, mientras el resto de las ciudades provinciales están compuestas por una cobertura de salud pública primaria un poco más heterogénea. Las redes de salud de las distintas localidades están conformadas por efectores de primera complejidad dependientes de los gobiernos locales o con participación de la sociedad civil.

De esta manera, en este capítulo, abordamos algunos elementos que contribuyen a la concreción del objetivo planteado. En primer lugar, describimos el territorio santafesino y su entramado sanitario. En el segundo apartado, nos dedicamos a analizar las institucionalidades desde los testimonios situados de equipos de gestión local; se trata de voces explicativas de cómo, cuándo y por qué se fueron construyendo determinadas políticas y prácticas públicas, sus costuras y quiebres. En tercer lugar, dialogamos con la noción de accesibilidad y las incertidumbres que la acechan en la capital santafesina. En la coda dejamos algunas reflexiones y varios interrogantes que abren un diálogo entre la cotidianidad plagada de mandatos de eso/as sujeto/as subsidiado/as, desclasificado/as, borrado/as, invisibilizado/as, desvinculado/as y ajeno/as, con los pilotos de los espacios institucionales.

2. Santa Fe, explorar lo realizado

La inquietud de trabajar la provincia litoraleña reside en el recorrido y desarrollo endógeno que posee este territorio en relación con nuestro problema de investigación. Santa Fe supo ganarse la denominación de provincia saludable, no sólo porque la salud posee estatus de derecho humano, sino también, por la estructura sanitaria que incluye un conjunto de servicios de alta complejidad

y sedes administrativas dependientes del Ministerio de Salud (Venticinque, 2020). Los efectores sanitarios públicos se encuentran organizados por regiones. En cada espacio de demarcación subnacional se puede observar la presencia de los tres niveles de complejidad. El primer nivel está integrado por centros de salud provinciales y municipales, configurándose en un lugar de proximidad. El segundo está integrado por hospitales y Samcos[2] de baja y mediana complejidad, la tercera instancia se encuentra compuesta por hospitales de alta complejidad. De esta manera, se observa una gama de servicios que buscan garantizar el derecho a la salud, y en particular, permitir el acceso a derechos a todas las corporalidades.

En este sentido, merecen mencionarse las huellas de la historia reciente en esta provincia. En relación con la gestión de los derechos sexuales, desde el año 2001 comenzaron a crearse medidas institucionales concretas para garantizar el derecho a decidir de todos/as. Una de las medidas más contundentes fue la normativa Ley 11.888[3] que creó el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

Viajando un poco más en el tiempo, es pertinente destacar que, en el sur provincial, en el Municipio de Rosario en el año 1998 se creó el Programa de Procreación Responsable, que un tiempo después se transformó en el Programa de Salud Integral de la Mujer. Hacia 2001, la Ordenanza N° 7282, se propuso promover la anticoncepción de emergencia, antes de que en el año 2003 se promulgara la Ley Nacional 25.673, de Salud Sexual y Procreación Responsable. De esta manera, Rosario comienza a constituirse como un territorio amigable para pensar los derechos sexuales y (no) reproductivos. En esta línea, en el año 2004 comienza a regir la política de Parto Respetado y Maternidad segura y centrada en la familia, y en el año 2007 a través de la Ordenanza N° 8186 se promulga el Protocolo de atención de abortos no punibles en efectores públicos de salud. La meta a alcanzar era lograr la equidad de género en el ámbito sanitario; y en este sentido se buscó, como señalaron Pautassi y Zibecchi (2010), abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en el sector salud, para mejorar la cobertura y la equidad de los distintos programas. Así, la política de salud fue puesta en marcha en el territorio provincial de manera gratuita y accesible, dando lugar a la objeción de conciencia a quienes se encontraban afectados/as profesionalmente en esta

2 Por estos debemos entender los servicios de atención médica de la comunidad. Ampliar esta información en la ley 6312/67. Disponible en Ley 6312/67 (santafe.gov.ar).

3 Normativa que le otorga vida al Programa Provincial de salud reproductiva y procreación responsable. Disponible en argentina.gob.ar.

práctica. En base a lo expuesto, consideramos que el desafío que tiene la salud pública es que todo aquello que esté disponible, lo esté para todos/as. En esta línea, nuestra mirada analítica se deposita en la Dirección de Programas de Salud Sexual y Reproductiva y Diversidad, que nace en el año 2019 y las políticas comprendidas al interior del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a partir de dicho año.

3. Coyuntura, políticas y prácticas públicas

La provincia de Santa Fe, a partir del año 2007, fue buscando pensar la salud desde una perspectiva de la integralidad, tratando de replicar la experiencia del Municipio de Rosario. La gestión fue avanzando en el fortalecimiento de distintos aspectos de la relación del/de la usuario/a con el derecho a la salud. De esta manera, se fue procurando trabajar en una red de atención integrada por equipos con perspectiva de género, elemento considerado fundamental para la gestión que administró la provincia hasta el año 2023 para el logro de las políticas públicas pensadas y diseñadas.

A nivel nacional, en el año 2018 un acontecimiento legislativo logró unir décadas de lucha, tramas de alianzas y aspiraciones de cambio –el debate parlamentario del proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo–. Esta fecha marca la importancia de la laboriosa tarea desarrollada por los feminismos, que a partir de determinaciones e influencias buscaron incidir en un Estado, que, como señala Claudia Anzorena (2018), si bien se ha transformado en los últimos años, sigue siendo reticente a transformar su visión de las mujeres, como víctimas, vulnerables, madres, domesticas. Los sucesos de este momento histórico marcan una temporalidad que se cierra durante el año 2020, cuando finalmente fue ley. En esta cruzada debemos valorar la tarea de la pujante Campaña que integra los feminismos argentinos, que accionó por más de una década determinando la importancia de la legalidad, la seguridad y la gratuidad del aborto. En este sentido, como señala Barrancos (2023: 213):

> (...) asociada a la movilización contra las violencias debe abordarse la lucha por la obtención del aborto legal puesto que la penalización del aborto, subsistente en la enorme mayoría de los países de la región, implica una severa agresión del Estado que obstruye el derecho humano básico de la autonomía.

En el caso santafesino, los/as profesionales que integran la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, significaron un pilar fundamental tanto en el tratamiento parlamentario en 2018 como también en el año 2020.

Año en que se produce nuevamente el tratamiento en el poder legislativo nacional y finalmente se logra el tan buscado aborto legal en la República Argentina.

El aborto, como tema y problema, fue impulsado desde hacía décadas por los feminismos en la agenda pública. En el arco temporal 2015-2019, el presidente en funciones habilitó que se debatiera en el parlamento. Este proceso se transformó en fuente de grietas en el seno del gobierno nacional. Este momento llegó para interpelar las desigualdades políticas respecto de la libertad, que arrastran otras tantas desigualdades, como las económicas y sociales y que, de alguna manera, persisten en la institucionalidad democrática vigente. Es claro que, razones objetivas, de justicia política y de justicia social, avalaron las transformaciones feministas promovidas desde un Estado de derecho constitucionalmente laico, y, buscaron desenquistar las creencias religiosas que aún tomaban decisiones en el ámbito público estatal. Felitti y Prieto (2018), recuerdan que el 6 de marzo de 2018 la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito presentó por séptima vez su proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo[4] al Congreso Nacional. La Cámara de Diputados lo aprobó en la mañana del 14 de junio, pero el 8 de agosto no logró la mayoría en la Cámara de Senadores. Las explicaciones más recurrentes sobre el fracaso en la Cámara alta ponen énfasis en las presiones de la corporación eclesiástica hegemónica y además de la persistencia de las creencias religiosas, anulando las posibilidades de pensar una estatidad laica.

Otra acción que es necesario destacar, fue la discusión y nueva protocolización de la Interrupción Legal del Embarazo[5] en el año 2019, durante la gestión del partido político Cambiemos, en el marco de las funciones del Dr. Adolofo Rubinstein en la flamante Secretaría de Gobierno de Salud (ex-Ministerio). Participaron de la elaboración y publicación del nuevo procedimiento para abortos legales la recientemente creada Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, a cargo de la Dra. Silvia Oizerovich y la Coordinación Técnica de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva a cargo de la Dra. Gabriela Perrotta. Este trabajo respondió a la necesidad de actualizar la normativa adaptándola al Código Civil y Comercial del año 2015 y la resolución 65/2015 del entonces Ministerio de Salud de la Nación. Además, dialogaba con las recomendaciones internacionales acerca de los procedimientos para la ILE.

El acontecimiento de la pandemia a causa del virus SARS-CoV-2, a partir del año 2020, y con una nueva coalición que administra los destinos nacionales, produce un llamado de alerta mundial, que impacta notoriamente y

4 En adelante IVE.
5 En adelante ILE.

de manera diferencial en las provincias argentinas. Como señalaba, Patricia Schwarz (2020: 1):

> La repentina aparición de esta coyuntura sanitaria y los intentos improvisados de abordaje desde los Estados nos muestran claramente que necesitamos, entre otras cosas, proyectar e invertir recursos a largo plazo en la construcción de condiciones de bienestar, cuidados colectivos, equidad y respeto entre humanos, y con el medio ambiente.

Durante la pandemia, en la provincia litoraleña existió cierta focalización en la problemática que irrumpe en las vidas de los seres humanos a inicios de la segunda década del siglo XXI. En este contexto, en la provincia de Santa Fe, desembarcaba una nueva coalición al frente de la gestión provincial con amplia afinidad político-paritaria con el gobierno nacional del partido político Frente de Todos. En relación con el momento de irrupción del COVID-19, un médico entrevistado, señalaba:

> (...) al principio de la pandemia, bueno, como estábamos todos perdidos, digamos, no sabíamos bien qué era lo que venía ni cómo teníamos que trabajar, ni qué teníamos que hacer, digamos, así que al principio fue medio una desorientación. Después, bueno, perdimos, no perdimos, en realidad varios de los profesionales sacaron licencia o porque eran un grupo de riesgo o porque en su momento tenían hijos a cargo y eso entonces también se redujo mucho el número de esos tantos que te nombré, quedamos dos o tres, digamos, pocos quedamos (Carlos, profesional de la salud).

La búsqueda de la integralidad y el fortalecimiento de distintos aspectos de la relación del/de la usuario/a con el derecho a la salud desde una perspectiva de género se encontraba de alguna manera presente en algunas institucionalidades estructuradas desde la Nación en la última década. Esta situación favoreció el diálogo y las posibilidades de lograr los objetivos que la administración provincial se fue planteando. Como destacaba una funcionaria de Santa Fe durante el período 2019-2023:

> Sin dudas, en el Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad en nuestra provincia también tenemos un feedback, y estrategias que se han propuesto, que también es un Ministerio nuevo (en referencia la nueva institución que nace en el año 2019) que se generó en esta gestión y se jerarquizó porque antes era una subsecretaría, para decirte algo muy claro, nosotras tenemos un puesto propio gracias a la estrategia que desde el Ministerio se generó con todos los ministerios y tiene que ver con la visibilización de la inversión pública con perspectiva de género y a partir de ahí pudimos un poco nosotras ordenar los procesos que yo te contaba, que empezamos a monitorear insumos, a ver las necesidades, donde cuanto la Nación podía cubrirnos y cuanto era necesario que la provincia compre (...)" (Melina, funcionaria de Santa Fe).

Nuestro trabajo de campo también da cuenta de la buena y necesaria relación que han ido construyendo las institucionalidades con la sociedad civil para lograr una mejor puesta en práctica de las políticas públicas que involucran al área en este período. En relación con la IVE y la ILE, fue relevante poder contar con el pilar que simboliza un agrupamiento de profesionales y técnicos/as dispuestos/as a dar respuesta al reclamo de derechos. De charlas con los/as funcionarios/as provinciales se señaló:

> Claramente nosotras nos hemos propuesto tratar de reducir la maternidad forzada, eso es un objetivo claro, no nuestro que lo hayamos realizado nosotras, sino que es de los programas, poder acompañar en la toma de decisiones libres en torno a su salud sexual eso es claramente un aspecto que es muy difícil quizás analizarlo en términos de cuánto estamos llegando, cuanto hoy está pudiendo acceder y cuanto antes accedía a la posibilidad de tomar decisiones libres e informadas en torno a su salud sexual. Es un indicador más difícil quizás el de la maternidad forzada es un poco más cuanti, porque claramente hay algunos elementos en la información que se registra en los sistemas informáticos que nos permite indagar en torno a eso, en si tenemos el embarazo planificado y no planificado, que es un indicador bastante duro que se mide permanentemente (...) (Melina, funcionaria de Santa Fe).

Así, en no pocas situaciones lo señalado implica un problema importante para las personas con capacidad de gestar que, más allá de las razones, toman la decisión de terminar con un embarazo no deseado. La mayoría busca finalizar con una situación de opresión, que se sintetiza, escandalosamente, en un lamentable embarazo forzado[6]. Con dicha expresión nos referimos a un rechazo sostenido de un embarazo que por distintos motivos (legales, culturales, religiosos, económicos o políticos, entre otros) no puede ser detenido. Tal como afirman Aucía, Chiarotti y Shuster, (2001: 76):

> En este sentido, señalamos, que el principio de autonomía que exige el respeto de las decisiones de las personas en el marco de sus proyectos de vida se

6 Retomando la noción de Aucía, Chiarotti y Shuster (2001), quienes señalan que cuando una persona no puede decidir sobre su cuerpo y su embarazo, está en una situación de embarazo forzado.

institucionaliza en el reconocimiento del derecho de todos/as a elegir según sus propias convicciones el método anticonceptivo que desean utilizar, y la posibilidad de decidir experimentar o no físicamente la maternidad o la paternidad. De esta manera, se observan en las prácticas institucionales progresos visibles que marcan la voluntad de poder pensar las libertades de las corporalidades como un derecho humano preciso y de esta manera se desafían los prejuicios y orden patriarcal.

3.1 La Dirección de Salud Sexual en Santa Fe: un lugar para los derechos

La Dirección de Programas de Salud Sexual y Reproductiva y Diversidad nace en diciembre del año 2019 como un nuevo lugar. En este sentido nos referimos en los términos de Wacquant (2007), quien diferencia espacio de lugar, en tanto el primero es precario y provisorio, mientras que el segundo es una instancia fija y plena.

Durante más de dos décadas el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en Santa Fe funcionó dentro de una dirección que nucleaba distintas áreas que en la actualidad se presentan como tres direcciones. Uno de estos espacios, la Dirección de Proyectos Estratégicos, gestiona todo lo relacionado con los programas nacionales con financiamiento internacional. También encontramos la Dirección de Niñez y Adolescencia, y la Dirección de Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Diversidad. A partir de estas modificaciones, se ha apuntado a jerarquizar el área y desarrollar un abordaje exclusivo en materia de salud sexual, aunque en articulación con otros programas, lo que da cuenta de un fortalecimiento de las decisiones políticas en lo concerniente a Derechos Sexuales.

La Dirección trabaja con objetivos precisos, desarrollando funciones en relación con los servicios que dan respuesta a la anticoncepción en todos los momentos de la vida y a las prácticas de salud que implican el derecho a acceder a la IVE-ILE. También desde esta oficina se trabaja fertilidad, obstetricia, pensando en los procesos donde el acceso a la salud sexual está presente. De esta manera, desde la conducción se piensa a la salud sexual en términos amplios. Como señalaba quien estuvo a cargo de la jefatura en el período 2019-2023:

> (...) a la hora de la responsabilidad institucional hay áreas específicas con las cuales claramente pretendemos siempre estar en diálogo para articular (...) entonces ahí hay cuestiones entre lo organizativo y lo conceptual siempre hay que ir traspasando algunos límites, ¿no? (Melina, funcionaria de Santa Fe).

A partir de lo señalado, debemos celebrar la oportunidad de la jerarquización de los derechos sexuales, entendiendo que esta instancia busca potenciar la relación servicios-derechos, como también involucrar a otras institucionalidades de la estatidad provincial en su reconocimiento. En este sentido, las libertades de las corporalidades buscan transformaciones que logren poner en práctica el derecho a tener derechos de todo/as.

3.2 Las barreras materiales y simbólicas para la salud de los/as santafesinos/as

Desde la perspectiva de Stolkiner y Comes (2004), consideramos que las concepciones de derecho forman parte del concepto de accesibilidad simbólica, donde la idea de gratuidad marca una de las formas de acceso. A este respecto, la herramienta de factibilidad es usada para medir la posibilidad de arribar a determinados derechos sanitarios. Además, se puede hablar de tres dimensiones de acceso: la geográfica, la económica y la administrativa. Tal como se mencionó en la introducción de este libro, desde Stolkiner (2000), pensamos la accesibilidad como la relación que se construye entre lo/as sujeto/as y los servicios; el vínculo nace del entramado que se logra entre las condiciones y discursos de los servicios y las representaciones de quienes hacen uso de ellos.

El acceso o no al sistema de salud se encuentra interpelado por las desigualdades de género. En esta línea de análisis, a partir de Gómez-Gómez (2002), entendemos, que equidad de género es el acceso a la atención, que los recursos se asignen diferencialmente según las necesidades particulares de mujeres y disidencias; que los servicios se reciban de acuerdo con las necesidades de cada sexo, y que los servicios se paguen según la capacidad económica de las personas, no según la necesidad o riesgo diferencial por sexo. Siguiendo a esta autora, consideramos que las inequidades económicas, geográficas y culturales son algunas de las variables que inciden en el acceso a la salud en la Provincia de Santa Fe. A estas debemos sumarle las creadas por las políticas que reformaron el sector históricamente, promotoras de esquemas de financiamiento privatizador y regresivo. Estas políticas además de restringir el acceso a la atención impusieron, en palabras de Gómez-Gómez (2002), costos empobrecedores a aquello/as que lograban acceder.

Teniendo en cuenta lo anterior, uno de los principales obstáculos atravesados durante la pandemia tuvo que ver con la dificultad para garantizar el trabajo presencial y comunitario en el territorio, así como para sostener redes que permitieran el abordaje, acompañamiento y contención de la población. La atención en salud estuvo focalizada en la urgencia y la emergencia, descuidándose la promoción y prevención de la salud sexual. Así, en relación con el

período de la Pandemia COVID-19, algunos/as informantes claves del funcionariado provincial, establecían:

> (...) lo más duro para la salud (...) que marcó la pandemia, fue bueno, justamente esto de la pérdida de lo comunitario, del territorio, del trabajo, digamos, en red. O sea, esto era, me parece que una cuestión sumamente valiosa e importante, que obviamente tenía que ver con… Así como digo, el funcionamiento de las escuelas, el funcionamiento de los centros de salud, el funcionamiento de los clubes, digo, como todo ese tejido y esa red, es como que producía, me parece, como otro tipo, digamos, de acompañamiento, de detección por ahí más temprana de las cuestiones (Florencia, funcionaria de Santa Fe 2016-2020).

Otra de las problemáticas experimentadas durante la pandemia tuvo que ver con la falta o la discontinuidad en la entrega de insumos como, por ejemplo, anticonceptivos inyectables. Algunos/as funcionarios/as y agentes de salud señalaron que aún hoy, en la postpandemia, existen dificultades en el suministro de ciertos insumos tales como preservativos, implantes subdérmicos, test de EPH, entre otros. También destacan la escasez de recursos humanos y materiales, tales como computadoras, teléfonos, acceso a internet. Además de dichas barreras materiales, se destaca la sobrecarga del sistema de salud para dar respuesta a la demanda de los/as usuarios/as, los procedimientos engorrosos y las demoras relativas a la adquisición de los turnos, ya sea para consultas, tratamientos o intervenciones más complejas. Todas estas constituyen barreras administrativas para el acceso a la salud sexual. Una funcionaria lo expresaba en términos de crisis del sistema de salud y desidia:

> Las barreras hoy, lamentablemente, yo creo que no son ideológicas, o conceptuales, o políticas como en otra época, pero sí que están muy ligadas a la crisis propia del sistema de salud. Hoy, en la ciudad de Santa Fe, es muy difícil conseguir un turno, no sólo para la ginecóloga o el ginecólogo, (...) Digo, hay una crisis que yo, ahí sí siento que volvimos diez casilleros, ¿no? … Creo que el acceso hoy está más vedado por la crisis del sistema, no tiene que ver con, yo entiendo que no tiene que ver con una cuestión ideológica, si vos querés, es pura desidia en algún punto (…) (Raquel, funcionaria 2019-2022).

Pero, debemos observar un poco más allá, y poder analizar la relación que se construye en el marco de la accesibilidad, este vínculo que surge de esa combinación entre las condiciones, los discursos de los servicios y las representaciones de los/as que adquieren la utilización de los servicios (Stolkiner y Comes, 2004). Al respecto, algunos/as funcionarios/as, plantean, desde una perspectiva situada

e interseccional, una desigualdad en el acceso a la salud y en el goce de los derechos adquiridos en materia de salud sexual y entre lo/as sujeto/as en base al lugar que ocupan en la estructura de género y en la estructura económica, entre otros factores. Tal como señalaba otra funcionaria del área de Mujer y Diversidad Sexual de la municipalidad de Santa Fe durante el período 2016-2019:

> (...) bueno en concreto el derecho de acceso, por ejemplo, a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Como que uno puede decir bueno, en términos generales, ¿mejoró? Sí. Ahora, si uno después empieza a complejizar y decís bueno, pero el acceso a la IVE, no sé, de la persona trans y la falta de información sobre el impacto que eso tiene por ejemplo en su proceso de hormonización (...) pero ¿qué pasa con aquellas personas en situación de pobreza, en barrios sin wifi, sin dispositivos móviles, sin señal? Por eso digo que es como bastante situado y que, desde una mirada interseccional, esto, uno está atravesado con capas, entonces tampoco creo que exista como un acceso igual o universal para todos los grupos de mujeres o de diversidades (Florencia, funcionaria de Santa Fe 2016-2020).

De esta manera, la entrevistada, pone de manifiesto, que, en ciertos aspectos, las políticas y prácticas públicas relativas a salud sexual, se diseñan e implementan de acuerdo con, como establece Gómez-Gómez (2002), un usuario/a ideal, sin contemplar las diferentes necesidades de cada sector poblacional. De esta misma forma existe cierta ceguera institucional en relación con las condiciones estructurales e individuales que pueden restringir u obstaculizar el ejercicio de la autonomía sexual y (no) reproductiva de cada sujeto/a, sector poblacional o colectivo (Brown *et al.*, 2013).

En este sentido, la concreción de los derechos resulta interrumpida por las intersecciones invisibilizadas en el marco del cumplimiento de las institucionalidades. De esta manera, lo expresaba una de las informantes: "(...) las políticas se proyectan como con un usuario ideal, eso te digo que entonces por ahí no logran captar esa diversidad o llegar a esa diversidad de población" (Florencia, funcionaria de Santa Fe 2016-2020).

La disparidad en cuanto a los recursos institucionales y a la oferta de servicios de salud brindados en los distintos efectores del territorio santafesino también es mencionada por algunos/as entrevistadas/os como una barrera material y geográfica para el acceso a la salud. Lo anterior, se debe a que algunos sectores cuentan con mayor cantidad y variedad de profesionales de la salud, mayor disponibilidad horaria y mejor transporte público para llegar a los centros de salud que otros. Asimismo, la cercanía, la derivación y la articulación con los efectores de mayor complejidad también son disímiles. En este

sentido, una funcionaria durante el período 2019-2023 destacaba las barreras territoriales que atraviesan los ámbitos rurales, semirrurales y localidades pequeñas para realizar consultas, atenciones y tratamientos de salud:

> (...) nosotras identificamos como barreras que son comunes quizás a otros procesos de atención, las dificultades de acceso al sistema de salud genera dificultades de acceso a todos los procesos de atención, y eso es una discusión actual, las barreras territoriales (…) pensando en un ámbito rural, semirrural o una localidad pequeña acceder a determinados procesos de atención que te permitan no solo prevenir, sino también hacer un tratamiento específico, esas barreras existen para todos los procesos de atención (...) (Melina, funcionaria de Santa Fe).

La disparidad en el territorio también se manifiesta en el posicionamiento y compromiso de los/as profesionales y trabajadores/as de salud respecto de la normativa vigente relativa a los derechos sexuales. De esta manera, una funcionaria exponía:

> No todos los centros de salud trabajan igual, no todos, no digo, en esto, ¿viste?, se habla mucho por ahí de la Red de profesionales, de los centros de salud, ¿no es cierto?, amigables. Bueno, eso también creo que juega mucho, sobre todo en cuestiones de género. No es lo mismo, digamos, encontrarte con un profesional sensibilizado, activista y demás, bueno, un anti derecho, esto también sucede. No responde necesariamente a una cuestión territorial (Florencia, funcionaria de Santa Fe).

En esta línea, en relación con la objeción de conciencia, Soledad Deza (2021) señala que el desgobierno de la objeción no podría darse en la práctica sin la colaboración poco silenciosa de quienes toman las decisiones políticas que permiten este comportamiento violento hacia los/as usuarios/as.

Vinculado con lo anterior, algunos/as entrevistados/as señalan la existencia de barreras ideológicas para el acceso a ciertas políticas de salud sexual. Esta impronta se vincula con la fuerte presencia de iglesias evangélicas y católicas, de escuelas confesionales, de sectores conservadores y grupos u organizaciones anti-derechos en el territorio explorado, los que manifiestan prejuicios, estereotipos y cuestionamientos frente a los derechos adquiridos. Al respecto, Florencia, funcionaria, expresaba:

> Los estereotipos de género creo que también siguen siendo, digamos, una barrera de acceso a derechos. Creo que ahora también está como resurgiendo mucha resistencia, toda esta cuestión que una escucha, que uno pensó que no se iba a escuchar más, pero toda esta cuestión de con "mi hijo no te metas", de la ideología de género, etc., donde se vuelve como a poner en jaque, digamos, la sexualidad. Entonces bueno, creo que ahí también, la Iglesia, las religiones, los sectores fundamentalistas, siguen siendo una barrera en el acceso a derechos. Como, por ejemplo, en Santa Fe tuvo el caso este de la nena que (...) una vez más fue captada por una organización religiosa, cuando tendría que haber accedido, ¿no?, a una ILE (...).

Como señalaba Laura Klein (2005) hace casi dos décadas, la mujer que aborta ha sido vista como un fantasma, tanto en la visión bíblica como en la contemporánea; la diferencia es que en la primera se presentaba como víctima al padre y en la segunda al hijo. Las mujeres fueron históricamente excluidas del lugar del damnificado, evaluando el ejercicio de los derechos sexuales con lentes de la doble moral.

En este sentido, las representaciones sociales nos trasladan a vivencias violentas, que obstaculizan, marcan y señalan a quienes buscan construirse desde la libertad de sus corporalidades. Y nuevamente, la obstrucción apela a la ciencia o a un Dios. De esta manera, la injusticia reproductiva generaba un doble estándar en salud antes de la sanción de la Ley de IVE: quienes podían acceder por sus propios medios al aborto de manera privada y quienes se encontraban a merced del sub sector público (Iriarte, 2014), con la infinidad de falencias que lo conforman.

Actualmente, la comunicación y la llegada a los distintos sectores etarios y socioeconómicos constituye, desde el punto de vista de ciertos/as funcionarios/as, una importante barrera para garantizar el acceso a la salud sexual. Esta necesidad se manifiesta tanto respecto de la población escolarizada como desescolarizada, tanto con los/as usuarios/as como con los/as sujetos/as que están por fuera del sistema de salud, en articulación con instituciones educativas y organizaciones sociales. Al respecto, Rosaura, una funcionaria de la provincia de Santa Fe señalaba la importancia de continuar con actividades de promoción de la salud:

> Tal cual, sí, que se confió como la ESI, bueno, solo a la gente que está escolarizada, a la adolescencia, infancias y adolescencias, y desde la docencia, y también, y bueno, después tener como desde las instituciones se ha pensado, y no por fuera de lo institucional, por eso yo insisto en la importancia de trabajar con las organizaciones, porque el Estado tiene que trabajar con las organizaciones, porque son quienes van a estar en el territorio con la gente que no llega a las instituciones, que no va al centro de salud, la gente que ya no va a la escuela, que bueno, tiene que tener otros ámbitos para pensar y para

> a dónde acudir (...) que haya realmente una apropiación de los derechos que hemos conquistado, y de reconocerlos como conquista (...).

De esta manera, como señalan Tibaldo y Venticinque (2023: 9):

> (...) la inclusión de la sexualidad en las políticas educativas es parte de un proceso complejo de negociaciones y de disputas. En este sentido, la lucha por la educación sexual, tanto por implementarla como por definirla, no puede ser pensada por fuera de la concepción histórica de la sexualidad.

En vinculación con lo anterior, un sector de los equipos que coordinan las institucionalidades destinadas a sexualidades destaca que la utilización de redes sociales como estrategia comunicacional con los/as usuarios/as se enfrenta con el problema de que los/as mismos/as cuenten, no sólo con acceso a internet y dispositivos tecnológicos, sino también con el conocimiento para buscar y solicitar información e interactuar a través de esos medios. De esta manera, argumenta una informante:

> (...) y por otro lado, la necesidad permanente de sostener y ampliar la estrategia de comunicación sobre los distintos procesos de atención que te lo puedo identificar en esto, específicamente que tiene que ver con la atención del cáncer, como también en pensar en la multidimensionalidad de la salud sexual (...) O saber en qué hospital o qué centro de salud hay un equipo amigable que te pueda acompañar si vos querés iniciar la hormonización o consultar de qué se trata y ver de qué se trata lo que vos quisieras iniciar, o también una IVE o también una ligadura. Digo la información también o la falta de información significan una barrera, o lo difícil del acceso, porque quizás hay información por todos lados, por redes sociales, vemos que además hay canales específicos para les adolescentes como el Instagram o las redes, como se llama, hablemos de todo e incluso un montón de organizaciones que han generado herramientas de comunicación sobre estas temáticas (...) (Melina, funcionaria de Santa Fe).

Retomando a Maffía (2014), consideramos que la barrera epistémica es una de las más relevantes en relación con el cumplimiento de los derechos sexuales. Este problema encuentra su solución en lo que la autora denomina alfabetización en derechos humanos.

En esta línea, observamos que el acceso no implica solamente la existencia de las políticas y prácticas públicas, sino también, la eficiente ejecución de las mismas en tanto herramientas de transformación que habilitan el derecho a tener derechos. En este sentido, Florencia, funcionaria durante el período 2016-2019 enfatizaba la diferencia de lenguajes existentes entre las campañas de difusión, concienciación y sensibilización y la población destinataria de las mismas (especialmente los/as jóvenes y adolescentes). Señalaba la necesidad de implementar otro tipo de estrategias para convocarlos/as e interpelarlos/as que a su vez permita una apropiación de los derechos:

> Por ahí, no sé si es la falta de información o los dispositivos y los contenidos. O sea, yo creo que sobre todo en relación a las juventudes, como que hay un desfasaje, ¿no? Por ahí entre, no sé, los lenguajes, las tecnologías que utilizan, tal vez, y las formas convencionales de difusión de ciertas campañas y cuestiones que por ahí sí trabajan. Yo creo que ahí hace falta como esto de poder pensar por ahí, esto de las campañas de concienciación y sensibilización, que tengan que ver con esto, que no es solo llevar información, bueno, sino que realmente apunten más a una aprehensión, a una educación, digamos, a otro lugar. O sea, creo que hay que seguir trabajando el tema de la comunicación y la información sobre todo para las juventudes (...).

Otras de las problemáticas identificadas por alguno/as funcionario/as tienen que ver con la accesibilidad simbólica, que hace referencia a cierto universo no material construido por cada sujeto/a. El concepto de universo simbólico: "(...) alude a una construcción subjetiva (producto del todo social, biológico, humano, relacional) y se desenvolvería en un nivel preconsciente del individuo" (Comes y Stolkiner, 2004: 139).

Es decir, la accesibilidad a los servicios de salud posee una dimensión subjetiva o simbólica vinculada con los saberes construidos, sentires, percepciones, discursos, representaciones, tanto por parte de los usuario/as como de los servicios y agentes de salud (Comes y Stolkiner, 2004). En este sentido, alguno/as funcionario/as plantean la necesidad de profundizar y avanzar en la implementación de una perspectiva integral de la salud sexual, que contemple a lo/as sujeto/as-usuario/as en todas sus dimensiones, y considere su situación, sus condiciones objetivas y subjetivas, sus posibilidades y dificultades.

No obstante, lo anterior no implica, tampoco, considerarlos/as como sujetos/as pasivos/as, carentes de saberes, experiencias y recursos, como nos comentaba una de las funcionarias entrevistadas:

> O sea, como me parece también esto, de cómo hay que cruzar mucho más la sexualidad con la no violencia, con el amor, con la salud, el amor propio, digo. Como esto también de dejar de pensar a la salud sexual como una mera cuestión de información, o (...) ¿viste vos tenés la información y entonces sabes cuidarte y ya está? Y bueno, como realmente poder tener estas miradas más complejas, disipadas, y con esta totalidad por ahí de barreras que atraviesan a ciertos grupos (...) (Florencia, funcionaria).

En síntesis, como señala Pecheny (2014: 4):

> El lenguaje de los derechos humanos, aquel que parte del derecho a tener derechos como impugnador de las atrocidades de la dictadura y como fundante de la renaciente democracia, ha tenido su impronta en cada vez más ámbitos de la vida social, entre ellos el de las relaciones sexuales, eróticas, amorosas y afectivas (Pecheny, 2014:4).

4. A modo de coda

Este escrito se propuso describir y analizar las institucionalidades que se desarrollaron y fortalecieron en el marco de la pandemia y postpandemia en la provincia de Santa Fe, buscando favorecer el ejercicio de los derechos sexuales de mujeres, lesbianas y trans. Podemos pensar en las instituciones que albergan los derechos sexuales como instancias de insurgencia, que interpretan necesidades y buscan resolverlas, que articulan demandas e intentan ir canalizándolas, y aquí ubicamos al naciente Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad y la Dirección de Programas de Salud Sexual y Reproductiva y Diversidad, creada en el año 2019, y un conjunto de prácticas que alojaron en el desarrollo de sus objetivos.

En este sentido, consideramos que existen elementos suficientes para afirmar que aún hay recorridos que deben construirse para poder entender a las instituciones que garantizan los derechos sexuales en la provincia litoraleña como accesibles en términos concretos, y, en consecuencia, propiciadoras de políticas y prácticas justas por razones de género.

A partir del trabajo de campo y el análisis realizado, observamos que, además de las barreras geográficas, económicas y administrativas para el acceso a salud sexual, es crucial poder trabajar para poder revertir las barreras simbólicas y epistémicas que obstaculizan dicho acceso.

De esta manera, nos preguntamos qué estrategias o caminos serían viables para lograr que los/as usuario/as del sistema de salud tengan mayor participación en los diversos aspectos vinculados con su salud desde una perspectiva integral, ya sea en la búsqueda o solicitud de información, en las decisiones acerca de tratamientos o intervenciones médicas y en sus opciones vitales en sentido amplio (Brown *et al.*, 2013).

En síntesis, consideramos que es necesario profundizar la articulación entre las instituciones provinciales que construyen el acceso a la salud integral, buscando un trabajo conjunto. Como señaló Melina, funcionaria de Santa Fe, "no se puede trabajar de manera escindida".

En este mismo sentido, es vital poder superar la contienda generada por grupos anti-derechos que se presentan como obstáculos para la materialización de una justicia sexual en el territorio santafesino. Esta red de la sociedad civil entiende, que hay otro tipo de derechos que no son los establecidos en la normativa, y que sus tradiciones y sus valores deben ser celosamente resguardados, a pesar de las leyes democráticamente sancionadas.

Se debe buscar trabajar conjuntamente en la prevención y promoción situadas acerca de los procesos de salud-enfermedad y de la salud sexual como un derecho de todo/as. Al respecto, sostenemos la importancia de hacer especial hincapié en aquellos sectores poblacionales y colectivos más postergados o desvinculados del sistema de salud, que habitan esos espacios vulnerables donde las barreras de acceso dicen presente.

5. Referencias Bibliográficas

Anzorena, C. (2018). La institucionalización que supimos conseguir: debates necesarios. Memorias académicas de *V Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos.*

Barrancos, D. (2023). *Los feminismos en América Latina.* Buenos Aires: Prometeo.

Brown, J.; Pecheny, M.; Gattoni, M. S. y Tamburrino, M. (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad,* N° 12(5): 37-49.

Chiarotti, S.; Aucía, A. y Shuster, G. (2001). El embarazo forzado. Reflexiones desde el ángulo socio-jurídico. En *Zona Franca,* N° 9.

Comes, Y. y Stolkiner, A. (2004). Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. En *XII Anuario de Investigaciones*: 137-143.

Deza, S. (2021). *Parir el derecho a abortar.* Disponible en Parir_el_derecho_a_abortar.pdf (mujeresxmujeres.org.ar). Mujeres X Mujeres.

Di Marco, G. (2019). Nuevas identidades y construcciones políticas de los Feminismos. En Di Marco, G., Fiol, A. y Schwarz, P.K. N. (comp.), *Feminismos y Populismos del siglo XXI.* Buenos Aires: Teseo.

Felitti, K. y Prieto, S. (2018). Configuraciones de la laicidad en los debates por la legalización del aborto en la Argentina: discursos parlamentarios y feministas (2015-2018). Informe proyecto de investigación "*Religión y política en la Argentina democrática: Permeabilidades laicas y confesionales en la normatividad jurídica, las políticas públicas y la cultura política*". Disponible en https://www.scielosp.org/article/scol/2018.v14n3/405-423/.

Gómez Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Pública*, 11(5/6): 327-334.

Iriarte, A. (2014). La ausencia de legislación como forma de discriminación a la mujer. Marco normativo sobre salud sexual y reproductiva. En Deza, S.; Iriarte, A. y Álvarez, M. (comp.), *Jaque a la reina.* San Miguel de Tucumán: Cienflores.

Klien, L. (2005). *Fornicar y matar. El problema del aborto.* Buenos Aires: Planeta.

Maffía, D. (2014). *Derechos Sexuales y Reproductivos: Algo más que procreación*. Disponible en http://dianamaffia.com.ar/

Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencia condicionada en Argentina y el papel de las organizaciones sociales. *Revista Cepal.*

Pecheny, M. (2014). Derechos humanos y sexualidad: hacia la democratización de los vínculos afectivos en la Argentina. *Revista Sudamérica,* Nº 3.

Schwarz, P. K. N. (2020). El autocuidado. Una interpelación al abordaje individual de la pandemia. En Spasiuk, G.; Giraldo Zuluaga, L. y Di Marco, G. (Coord.) *Familias, géneros diversidades y luchas antipatriarcales: construyendo una agenda feminista de la ciudadanía frente al desafío de la pandemia.* Buenos Aires: CLACSO.

Stolkiner, A. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En Domínguez Mon, A.; Federico, A.; Findling, L.; Mendes Diz, A. (Comp.) *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales.* Buenos Aires: Dunken.

Tibaldo, M. y Venticinque, V. (2023). Interpelar la ESI desde la noción de ciudadanía. El caso de la provincia de Santa Fe, Argentina. En *Revista con X,* N° 9. UNLP.

Venticinque, V. (2020). Salud Sexual (no) Reproductiva: Estado de la cuestión en la provincia. En Barbieri, E.; Castro, R. y López Tessore, V. (Comp.). *Engenerizando las políticas públicas.* CEIM.UNR. Rosario: Laborde.

Wacquant, L. (2007). La estigmatización territorial en la edad de la marginalidad avanzada. *Revista Ciencia Sociais Unisonos*, N° 3, septiembre-diciembre 2007, pp. 193-199.

Otras Fuentes

Ley SAMCO de la provincia de Santa Fe número 6312/67. Disponible en santafe.gov.ar.

Ley 11.888/2000 Programa Provincial de salud reproductiva y procreación responsable. Disponible en argentina.gob.ar.

Capítulo 9

Recorrer la accesibilidad: *habitus* y percepciones de funcionarias y profesionales de la salud sobre la práctica y el trabajo en salud sexual en Santa Fe

Agustina Rúa y Leila M. Passerino

Introducción

El marco legislativo argentino regula las atenciones en salud como parte del esquema de ciudadanía, colocando a los servicios médicos como garantes de los diferentes derechos relacionados con la salud de la población. La capacidad de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos requiere y supone la atención de calidad por parte de los servicios de salud, y en paralelo, los derechos, condiciones laborales y cuidado de los y las profesionales de servicios de salud (médicos/as; enfermeros/as; trabajadores/as sociales; psicólogos/as, etc.). En este capítulo indagamos la problemática de la accesibilidad desde la perspectiva de lxs sujetos trabajadores en un marco de ejercicio de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

Entendemos que la accesibilidad se construye de manera intersubjetiva y en relación con numerosos factores materiales y simbólicos. Profundizaremos en la perspectiva de profesionales de salud, identificando que en el vínculo entre éstos y las personas que demandan atenciones de salud se juegan dimensiones importantes del acceso y el ejercicio de derechos. Ahora bien, garantizar ese vínculo es más bien un punto de llegada frente a otros procesos que participan de manera concomitante y operan como condición de posibilidad, dentro de los cuales se produce el encuentro entre la estructura del campo médico y el habitus

médico (Castro, Erviti 2015). En ello nos detendremos para considerar algunas dimensiones del ejercicio de la salud sexual. Particularmente, nos abocaremos a reflexionar en torno a lxs habitus profesionales y a las condiciones de trabajo, a la problemática de la accesibilidad desde la perspectiva de éstxs, atendiendo a su vez a los posicionamientos subjetivos que actúan y sostienen las prácticas.

Para este capítulo, retomamos el trabajo con entrevistas directivas semiestructuradas que realizamos, en el marco del proyecto que da origen a este libro, a 8 profesionales de la salud (5 médicxs, 2 enfermeras y 1 psicóloga), de diferentes centros de atención primaria (CAP) en la ciudad de Santa Fe, aledaños a los barrios Vuelta del Paraguayo y Yapeyú, incluidos en el Registro Nacional de Barrios Populares en Proceso de Integración Urbana (RENABAP). También analizamos entrevistas realizadas a funcionarias municipales y provinciales, abocadas al trabajo en salud sexual, que permiten contextualizar aspectos que intervienen en las prácticas de lxs profesionales.

Las percepciones sobre los lugares de trabajo de lxs profesionales respecto al territorio y la población que se atiende en los CAP son importantes para pensar las relaciones que se tejen entre éstos, ya que operan en las estrategias de atención y, particularmente, en los procesos de accesibilidad.

En las narrativas de lxs profesionales con mayor trayectoria, aparecen hitos de la historia reciente como "la gran inundación" (abril de 2003) y la emergencia de la pandemia de COVID-19. Estos son eventos modificadores de dinámicas territoriales y sanitarias (por ejemplo, transformaciones en las funciones habituales de los centros, creación de otros provisorios en las zonas más afectadas y contrataciones específicas para el trabajo en los CAP que aún perduran). Estos eventos demandaron la generación de políticas sanitarias de urgencia y la modificación en la tarea de lxs profesionales que debieron desarrollar una dedicación especial a la atención de lxs afectadxs. Es necesario entender estos eventos en el marco de las modificaciones sucesivas en las condiciones de vida de la población que impactan en el trabajo comunitario que lxs profesionales realizan en los barrios donde se emplazan los CAP.

En territorios vulnerabilizados como los que estudiamos, se evidencian los efectos de la política sanitaria y de la fragmentación del sistema de salud (Ballesteros, 2017; PNUD, 2011), que impactan en el acceso de lxs usuarixs. Por otra parte, estos factores coexisten con dinámicas interseccionales, donde las situaciones de precariedad económica se entrecruzan con problemáticas de vivienda, de género, de acceso a la educación, afectando el acceso y garantía de derechos. Una de las médicas entrevistadas caracterizaba el territorio y su población en Vuelta del Paraguayo de la siguiente manera:

> Alto Verde siempre fue una población muy segregada, tanto geográficamente como a nivel cotidiano, porque el estilo de vida y la forma de vivir que tienen ellos es ahí. A diferencia de las otras áreas periféricas de la ciudad, que sí o sí se contactan geográficamente (...). En cambio, Alto Verde es Alto Verde. Es como si fuese una isla en el medio del coso. Hay gente que directamente no sale mucho, que se quedan ahí, qué sé yo. Y los que son de clase media, sí, directamente forman parte de la ciudad, porque tienen otro tipo de movilidad, autos y demás. Pero el que es ahí nativo y tiene todo lo que necesita ahí cerca, están acostumbrados a eso. Y las veces que viene la ciudad para ellos es un evento. Además, siempre fueron portuarios, mucha gente que trabaja en el campo y demás. Entonces, de por sí, es una sociedad muy machista. Muy machista. Las mujeres generalmente no salen a trabajar. Entonces tenés eso, es diferente. Las congregaciones, las familias son diferentes. Hay, qué sé yo… Viven todos juntos, embarazos, se van construyendo (Yanina, médica ginecóloga, 2023).

Carlos, trabaja en otro de los CAP donde asisten usuarixs de Vuelta del Paraguayo, pero también de otros asentamientos o barrios de la costa, que integra desde Alto Verde hasta Arroyo Leyes, lo que se denomina Corredor de la Costa. Para las personas de Vuelta del Paraguayo es lo "más cerca", separado por un corredor hídrico, donde para llegar deben cruzar en bote. Carlos caracteriza a la población que asiste como vulnerable y brinda algunos datos de los asentamientos en los cuales viven, que explican su condición:

> Tenemos dos asentamientos muy importantes, que es el que está en la playa Los Alisos, que es un asentamiento que crece cada vez más. Y acá en el costado de la ruta hay también dos o tres asentamientos, uno que le dicen Las Cañitas... Que es un cañaveral que está acá del costado de la ruta 168, que le dicen El Cruce, que está del otro lado del aliviador, donde también hay otros asentamientos muy, muy, muy vulnerables. Personas muy vulnerables, y los asentamientos también, porque no tienen agua potable, no tienen cloaca, ni hablar de las necesidades. Son otras, digamos, en comparación con la gente que vive históricamente en el barrio [refiere al Fondo Nacional de la Vivienda –FONAVI– donde se asienta el CAP] (Carlos, médico generalista, 2023).

> Sí, bueno, vulnerabilidades de todo tipo, digamos. Como te decía, falta de acceso a los servicios básicos. También hay mucho analfabetismo. Tenemos asentamiento de personas que vinieron de la zona de San Javier. Descendientes de población originaria de San Javier y analfabetos. Y que se han asentado acá, en esta zona y que también van y vienen. Tenemos muchos de esos que van y vienen. Y por ahí están seis meses acá, seis meses allá. Y sí, se hace por ahí difícil poder acceder desde nuestro lado también, ¿sí? (Carlos, médico generalista, 2023).

Identificamos percepciones y descripciones similares respecto al tipo de población que asiste al CAP aledaño al barrio Yapeyú. Una enfermera que trabaja allí refiere:

> Bueno, es como muy difícil responder, porque depende de cómo la persona se encuentre. Porque ellos están tan vulnerables, como vos me decís, y están tan acostumbrados a su realidad, que tal vez una persona viene y te habla de su forma diaria, cómo ella es. Y vos decís ¿qué le pasa a esta mujer que está tan violenta? Mujer, hombre, quien sea. Pero es la única realidad que conoce. En eso se trabaja muchísimo y cambia. Yapeyú tiene una población bastante violenta (Gilda, enfermera, 2023).

Una de las médicas también refería al centro de este barrio, circunscribiéndolo como zona periférica y peligrosa, donde se trabaja con personal policial de custodia. Leemos en el relato de Dalia cómo esto afecta a la promoción de la salud y las salidas al barrio:

> En estos centros donde trabajamos son centros de salud que están en zonas periféricas, zonas peligrosas. Anteriormente hacíamos por ahí más visitas domiciliarias, andábamos más por el barrio, pero bueno, en los últimos años se puso mucho más peligroso en cuanto a lo que es violencia. Bueno, se han armado situaciones de tiroteos, viste, peligrosas. Y bueno, sí, por ahí nos sentimos vulnerables en cuanto a nuestra integridad física. O sea, dentro del centro de salud por suerte nunca pasó nada, pero bueno, contamos también con personal policial preventivo obviamente. Pero andar en el barrio en las calles que antes por ahí lo podíamos hacer, ahora es un poco más complicado. No porque vengan directamente a atacarnos a nosotros ni nada de eso, pero por cuestiones de que quedas a veces, cruzado en alguna situación violenta (Dalia, Médica generalista y de familia, 2023).

En estos contextos, atravesados por procesos de vulnerabilización (Fernández, López, 2005), la vulnerabilidad se presenta como un indicador de inequidad y desigualdad social en tanto determina la exposición a riesgos diferenciales; y por ello el encuentro clínico es nodal para su tratamiento (Quesada, Hart & Bourgois, 2011: 4). Estas percepciones son inherentes a los modos de hacer de lxs profesionales. Los procesos de vulnerabilización a los que se ven expuestxs muchxs de quienes asisten a estos centros forman parte de las características de los territorios y de las problemáticas comunes que atraviesan las prácticas en salud. Como es sabido, la estructura de atención pública de la salud en la Argentina es universal, en tanto regula y brinda cobertura para todos lxs habitantes. En la caracterización de Maceira, Olaviaga, Kremer y Cejas (2006), la provisión de servicios se concentra principalmente en aquellos que no disponen de cobertura formal (desempleados, subempleados y trabajadores informales). En esta dirección, el primer nivel de atención es central en la estrategia de atención primaria de la salud (APS), ya que involucra las actividades de promoción, las consultas preventivas y el seguimiento de tratamientos crónicos de baja complejidad, permitiendo la captación y resolución de la mayoría de los problemas de salud. De aquí la importancia de la dispersión territorial de los CAP, a fin de distribuir la demanda de atención (Maceira, et. al. 2006); aunque, como hemos profundizado en otros capítulos y aquí también consideramos, la accesibilidad excede la distribución geográfica y la cercanía respecto de los lugares donde las personas viven.

Para abordar la accesibilidad desde la perspectiva de quienes trabajan en los CAP en los barrios identificados, reflexionamos en torno a los *habitus* profesionales y a las prácticas de accesibilidad, identificando obstaculizadores y facilitadores que, como argumentamos, configuran modos de concebir y hacer la accesibilidad.

Habitus profesionales y prácticas de accesibilidad

Abordar la salud sexual desde la perspectiva de lxs profesionales de la salud supone, recuperando los aportes de Castro y Erviti (2015), atender a las concepciones y planeación de los servicios de salud, la promoción y respuestas que éstxs desarrollan en los contextos, así como considerar cuestiones vinculadas a la calidad de atención. Nos propusimos para ello, examinar los esquemas de percepción y apreciación que ponen en juego lxs profesionales de la de salud en sus (des)encuentros con lxs usuarixs y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios: médicxs de otros niveles, especialistas, enfermerxs, trabajadorxs sociales, psicólogxs, funcionarixs e intermediarixs municipales y provinciales que participan en la implementación de la política pública.

Los esquemas de percepción de lxs profesionales ocupan un rol central para la reflexión en torno a la accesibilidad y operan como lógicas-prácticas en la cotidianeidad de los servicios, tanto en los vínculos que se establecen con lxs usuarixs, como en los modos de comprender la salud sexual y de implementar la política pública. De aquí que consideramos los *habitus* profesionales como aspectos que participan inextricablemente y hacen a los modos de abordar y construir la accesibilidad en sus prácticas cotidianas.

El *habitus* ha sido concebido por Pierre Bourdieu como un:

> (...) sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares", sin ser el producto de la obediencia a reglas, y a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta (Bourdieu, 1991: 92).

Este sistema de disposiciones corporales, duraderas y transferibles participan como principios organizadores de prácticas y representaciones de manera intersubjetiva, es decir, pertenecen a sujetos que comparten las mismas condiciones: "el *habitus* es una subjetividad socializada" (Bourdieu; Wacquant, 1995: 87).

Castro y Erviti consideran que el *habitus* médico es gestado "durante los años de formación en las escuelas y facultades de medicina, sobre todo a partir del currículum oculto, *habitus* que después será una de las claves del autoritarismo al que estos profesionales propenden durante su práctica profesional" (2015: 36). El interés de estudiar los *habitus* radica, para lxs autorxs, en comprender algunas de las causas profundas que participan del maltrato a las mujeres en los servicios de salud reproductiva y de los atropellos que ellas con frecuencia sufren en ese espacio. En general estas causas son reducidas a problemas referidos a la calidad de la atención y a las condiciones de trabajo. Recuperar los *habitus* médicos permite aproximarse al fenómeno advirtiendo relaciones de poder, las cuales son fundamentales para la producción y reproducción de las relaciones de dominación. Los *habitus* se enmarcan al interior de lo que lxs autorxs circunscriben a campo médico, es decir:

> (...) al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello (Castro y Erviti, 2015: 44).

El campo médico produce (y es simultáneamente producto de) una serie de subjetividades, entre las que se destaca el *habitus* médico, como preponderante sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y de los usuarixs de servicios de salud:

> Un predominio entendido como la capacidad de imponer y monopolizar los esquemas "legítimos" de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación, acreditación y evaluación de los diversos actores del campo (Castro y Erviti, 2005: 48).

Las aproximaciones de estxs autorxs son cruciales para comprender que las prácticas desarrolladas forman parte de la interiorización de las estructuras subjetivas, que a la vez permite la reproducción de aquellas. Proponen, en esta dirección, rastrear mediante los *habitus* médicos, el origen del autoritarismo en el encuentro entre la estructura del campo médico y el *habitus* del personal de salud, gestada desde la formación universitaria y reproducida a diario en sus prácticas. Este objetivo procura dar cuenta de las relaciones asimétricas, ancladas a la producción y reproducción de relaciones de dominación: *habitus* que "efectivamente propenden al mantenimiento de un estilo autoritario en los encuentros con las usuarias (…) origen de la violación de derechos y de las múltiples formas de maltrato que se registran en el espacio de la salud sexual y reproductiva" (Castro, Erviti, 2015: 80).

Las discusiones iniciadas por Castro y Erviti (2015) son fundamentales para advertir que las prácticas no se reducen a sí mismas, sino que condensan diversas vivencias incorporadas en tanto experiencia práctica. Ahora bien, dado que nuestro objeto de indagación es otro –no centrado en las relaciones de dominación–, preferimos referirnos a la noción de *habitus* profesionales. Sin desconocer las relaciones de poder implicadas, nos interesa reparar en la producción de accesibilidad, en prácticas que no necesariamente responden a mecanismos autoritarios o son obstaculizadoras. Estos *habitus* se gestan en las relaciones entre diferentes estamentos, al interior de los sistemas de salud, en relación directa con lxs usuarixs, con los contextos barriales, en diálogo con las políticas públicas. Asimismo, el *habitus* profesional posee una apertura a recuperar otros actores participantes con quienes se gestan y significan las prácticas, integrado por instituciones de distinto orden (políticas, gubernamentales, de enseñanza, industrias, etc.) que participan en diferentes niveles. Lxs profesionales operan de manera conjunta en la comprensión de estas estructuras, lo cual permite cierta homogeneidad en los modos de significar y en las prácticas sin necesidad de explicación continua, bajo un sentido objetivo que, como afirma Bourdieu, es a la vez unitario y sistemático, trascendente a las intenciones subjetivas y a los proyectos conscientes (Bourdieu, 1991:100).[1] El *habitus*

1 El principio de la acción social estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: la historia hecha cuerpo en forma de *habitus*, y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del campo médico (Bourdieu, 1999).

profesional contiene, desde esta perspectiva, imaginarios sobre lo que deberían implicar las prácticas de atención en salud en tanto trabajo y en tanto relación con quienes demandan atención en los servicios de salud.

Pese a que los *habitus* no poseen propiedades tangibles, rastreamos algunos procesos subjetivos en las entrevistas desarrolladas con lxs profesionales. Nos interesa destacar aquellos que operan como facilitadores u obstaculizadores de accesibilidad, comprendiendo a su vez que también en ese proceso se configuran modos de concebir y hacer la accesibilidad.

1.1. Estrategias para la atención y garantía de derechos: el trabajo en red

En las prácticas diarias de lxs profesionales se incorporan modos específicos de proceder y se van constituyendo saberes prácticos. Participan de la conformación de este corpus de saberes: las instancias de formación profesional; los procesos participativos en red (muchas veces establecidas de manera informal, que implican la identificación de personas amigables para articular acciones dentro del sistema de salud, a quienes recurrir para delinear estrategias); el contacto con profesionales con lxs que se antagoniza y de quienes se aprenden modos de gestionar la profesión; la vinculación con organizaciones de salud con lógicas propias de funcionamiento; el contacto con usuarixs de servicios de salud (del subsector público en nuestros casos de análisis), entre otros.

Lxs profesionales de salud entrevistadxs expresan que las estrategias que implementan en la atención de usuarixs en sus centros dependen de una coordinación informal entre trabajadorxs, incluso de vínculos de amistad o compañerismo con profesionales de otros espacios de salud:

> Hoy en día estamos trabajando con nuestro equipo, sin ningún tipo de coordinación, el marco es íntimo, pero nos arreglamos entre nosotros (Yanina, ginecóloga, 2023).

> Se demora. Siempre se termina demorando. Esa es la realidad. Por ahí nosotros llamamos, qué sé yo, a nuestra referente, le pedimos que por favor nos aceleren. Y bueno, ella de favor habla a algún profesional del CEMAFE y por atrás nos pide un turno y lo puede agilizar un poco. Pero en caso de que estemos muy ahí sobre el borde de las semanas [refiere a las semanas de gestación en la atención de interrupciones del embarazo]. Si no, no. Hay que esperar (Josefina, médica generalista, 2023).

> Después nosotros tenemos un WhatsApp donde pedimos las ecografías para las interrupciones. Nosotros en ese WhatsApp le podemos escribir: "Mirá, está de poquitas semanas, si vos tenés turno muy ajustado esta semana, me das la que viene" (Claudia, ginecóloga, 2023).

Aparece también el vínculo de algunxs trabajadorxs con organizaciones socorristas[2] en el marco específico de la atención de interrupciones del embarazo. Esta vinculación siempre es informal, se da a través de WhatsApp y exclusivamente con lx profesional entrevistadx:

> Enfermera: Incluso hay una de las chicas de una de las organizaciones que se comunica automáticamente conmigo cuando necesita algo acá en el norte. Con quién y demás. O sea, sí, se trabaja ahí.
> E: De las Socorros.
> Enfermera: Exacto (Gilda, enfermera, 2023).
> Médico: Sí, bueno, ahora no tanto, pero en su momento las, no me sale la palabra, las organizaciones socorristas. Las socorristas. Había varios grupos de socorristas y por ahí, en ese momento, previo a la ley de interrupción legal del embarazo, eran el nexo. Las mujeres se comunicaban con las socorristas, las socorristas se comunicaban con el centro de salud.
> E: Pero en ese caso ¿se comunicaban en el centro de salud o más específicamente, por ejemplo, con vos?
> Médico: Más específicamente conmigo, era así el nexo (Carlos, médico generalista, 2023).

> (...) antes de la aprobación de la ley, si se trabajaba mucho con el equipo de socorristas, que eran las chicas que por ahí brindaban más contención. Ellas se comunicaban conmigo directamente a mi teléfono personal. Pero ellas tienen como una guía, una georreferencia de los centros de salud de Santa Fe y qué persona, qué médico por equipo de salud es el que accede a las IVE. Entonces se manejaban como por zonas, por ejemplo, donde estoy yo en Yapeyú, tenés otro centro de salud que es cercano y ahí, por ejemplo, no hay médico y en el otro sí. Entonces ellas veían en dónde vivía la persona, qué centro de salud tenía más cercano con un profesional que acceda a IVE y nos llamaban y nos derivaban las pacientes. Entonces ahí sí teníamos como un contacto directo con estos equipos (Dalia, médica generalista y de familia, 2023).

2 El socorrismo es un activismo feminista de acción directa presente en numerosas provincias argentinas. Procura, hace más de una década, intervenir y mejorar las condiciones para el acceso al aborto seguro y libre. Es llevado adelante en cada territorio por activistas voluntarias que brindan información para una interrupción del embarazo segura y contenida, sea que esta se realice dentro o fuera del sistema de salud (Rúa, 2022). Los "socorros rosas" han sido abordados como objeto de investigación en tanto dispositivo de acción colectiva (Burton, Peralta, 2016) y de acción comunitaria en salud (Panozzo, Camejo, 2016). Se trata de organizaciones y redes de organizaciones que registran y sistematizan experiencias de realización de abortos (Burton, 2015).

La importancia del trabajo en red también es reconocida por funcionarias o personas trabajadoras de diferentes niveles del Estado, como aspectos que operan como facilitadores del acceso y como prácticas que suplen falencias de organización y disponibilidad en la articulación entre los CAP y sus centros de referencia. Los nexos informales a partir de vínculos de afinidad son relatados, tanto por profesionales como funcionarias, como un hecho que es parte del habitual desenvolvimiento del trabajo en salud pública:

> En realidad sin internet no podemos trabajar. Así que, a partir de eso, que es parte de la cotidianidad de nuestro trabajo, nosotras incorporamos líneas telefónicas para brindar asistencia técnica a los equipos de salud en nuestras dos oficinas. Después claramente los equipos se comunican por el WhatsApp, y después si hay algo que no se entiende, llaman por teléfono. Eso era algo que existía y que también aprovechamos el impulso y la necesidad que nos generó la pandemia para tener una herramienta que antes no existía. Antes si no escribías un correo electrónico, digo, un poco el teléfono fijo quizás era la forma de "Bueno, llamo y veo si esta, no se Cintia (por nombrar algunas de las compañeras), y me ayuda con esta situación de ILE que estoy trabajando". Pero era como un vínculo no tan directo y no tan espontáneo. Como, bueno, mando un WhatsApp: "Che, estoy cargando la medicación en el sistema de farmacia, tengo este problema". Y vos inmediatamente te encontrás del otro lado con una persona [que te dice] "Mirá, hacé esto", te recuerda que está el instructivo, los pasos, y lo resolvés. Todo eso no existía. Y estoy nombrando una plataforma que es como la más básica, el WhatsApp, sin pasar por alto todas las demás, como poder contar con videollamadas. Nosotras permanentemente nos encontramos con equipos a través de videollamadas. También nos encontramos con la dificultad de poder contar con una plataforma paga, que haga que las llamadas no se te corten. Porque la modalidad de pago que es en dólares exige una tarjeta de crédito y eso para el Estado es sumamente complejo. Bueno, esas cuestiones que son permanentes (Melina, funcionaria de la provincia de Santa Fe, 2023).

> El sentido del monitoreo era trabajar con las compañeras, con otras organizaciones y generar red. Articular... Y cuando vimos lo importante que sean las propias organizaciones las que salgan a buscar esos datos. Sí. Como eso ya para construir red, como muy zarpado como lograr eso. Y desde el otro lado, vemos qué datos tenemos (Rosaura, funcionaria de la provincia de Santa Fe, 2023).

La construcción y el lugar de una persona amigable es destacable. Noelia narra las dificultades que en ocasiones supone para lxs usuarixs asistir a un centro de salud, en donde la accesibilidad no se define por cercanía geográfica, sino por otros componentes como el buen trato en los centros de salud u hospitales, y la posibilidad de radicar denuncias o de derivación. Algunxs usuarixs recurren a la Dirección para buscar asesoramiento, y ello supone un trabajo centrado fundamentalmente en las relaciones de confianza que, tal como enfatiza la funcionaria, tienen como desafío poder formalizar dichas redes, a fin de evitar situaciones de desgaste. Pero también, podríamos pensar, basadas en la figura personal –amigxble– que lxs pueda atender:

> Después la realidad es que no es tan fácil. Y que siempre tenemos que estar nosotras hablando por teléfono con la funcionaria o con las trabajadoras que son amigas, que son amigas de la militancia, que la conocemos porque estamos todas en la misma. Pero que también hay un montón de mujeres o de personas que no saben que te podemos acompañar, que, en realidad, nada, acompañamos porque entendemos que es parte de un todo y que no acceden (...) Además de que, a diferencia de hace algunos años atrás, ahora se fueron creando estructuras que hacen que esa red por ahí tenga como una vía un poco más formal. Que la formalidad lo que a vos te da no es solamente respaldo, sino como que es mucho más fácil (...) Vos tenés que volcarte a contar con esta red de amigues, profesionales militantes y que es lo que dice la lucha" (Noelia, funcionaria, 2023).

Un análisis del entramado y funcionamiento de redes de atención pública de salud en Argentina es abordado por Stolkiner, Comes y Garbus (2011). Las autoras postulan que, a pesar de que los CAP habitualmente articulan con centros de mayor complejidad para la derivación de usuarixs para atenciones de mayor complejidad, en lo que hace al trabajo cotidiano de lxs profesionalxs y servicios, la efectiva organización práctica de las redes presentan amplias variantes. Por ello resulta frecuente que no haya una prefiguración precisa de los tiempos y modos en que se debiera garantizar la continuidad de atenciones y cuidados.

1.2. Problemáticas de accesibilidad identificadas

Lxs profesionales identifican diversas problemáticas en relación con lo que consideran que hace a la calidad y a las condiciones de acceso a los centros de salud donde se desempeñan. Sus consideraciones dan cuenta de percepciones específicas en torno a lo que debería ofrecerse o garantizarse en estos servicios, tanto para la población que allí se atiende, como para lxs trabajadorxs.

En primera instancia y con énfasis, nuestrxs entrevistadxs dan cuenta de problemas estructurales del sistema de atención primaria dependiente de la provincia de Santa Fe. Estos son entendidos como aquellos que no se relacionan de manera directa con su propio margen de intervención y decisión: edificios inadecuados (consultorios muy pequeños, por ejemplo); falta esporádica de insumos de farmacia (métodos anticonceptivos inyectables por ejemplo, lo

cual altera la continuidad y sostenimiento de este método); ausencia de wifi y muchas veces de computadoras; insuficiencia de recursos humanos en relación con la demanda, en particular de trabajadorxs sociales, promotores de salud y/o referentes barriales que puedan llevar adelante recorridos por el territorio y proyectos de promoción y prevención de salud; remuneración insuficiente de lxs profesionales; falta de disponibilidad y de apoyo económico para realizar capacitaciones y formación continua.

Esta serie de problemas estructurales redundan, por una parte, en sobrecarga laboral (que retomamos en el próximo capítulo), y por otra, en obstáculos de acceso para la población que se atiende en los centros de salud. La disponibilidad de un espacio considerablemente reducido como consultorio, relata Josefina, no permite a lxs usuarixs acudir acompañadxs a las consultas, la realización de prácticas como la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), ni la atención adecuada de personas con obesidad:

> Entrevistadoras: Y los casos de AMEU ¿están capacitando en los centros de salud para poder practicar eso o no?
> Médica: Y mira, a mí me quisieron capacitar, pero yo la verdad que no me quise meter en esa… Porque me parece que se tiene que hacer en otras condiciones, más de asepsia y demás (...) Ya incluso un PAP me resulta incómodo hacer acá, porque tenemos un consultorio muy chiquitito. Yo siempre digo, si engordo 3 kilos no entro ahí. Te juro, acá la puerta, acá la camilla, el banquito (Josefina, médica generalista, 2023).

Los faltantes esporádicos de métodos anticonceptivos dificultan la continuidad de la cobertura, lo que produce una "demanda insatisfecha del método inyectable" (Dalia, médica generalista y de familia) y la necesidad de lxs usuarixs de acudir a otros centros para conseguir el anticonceptivo:

> Justamente ayer hablábamos con mi compañera que hubo una nena que anduvo yendo por todos los centros de salud diciendo que nosotros la estábamos mandando. Obviamente, ella buscando su anticonceptivo. ¿Entendés? Te estoy hablando de una nena de 14 años que andaba con su novio por todo el centro de salud (...) Yo a lo que voy es esto, ¿por qué tiene que andar por todos los centros de salud? Si ella tiene un centro donde se viene a hacer la atención, donde ella lo retira todos los meses y se lo tienen que colocar. Digamos, ¿por qué no está ese insumo? ¿Dónde está? (Gilda, enfermera, 2023).

La insuficiencia de trabajadorxs dedicadxs a la promoción de salud, por su parte, deja vacante este aspecto de la atención primaria. A su vez, la insuficiencia de profesionales dedicadxs a la asistencia en relación con la demanda de la población, genera que dichxs profesionales solo puedan realizar trabajo de consultorio, resintiéndose su participación en iniciativas de promoción y prevención:

> El año pasado yo he podido recorrer algunos domicilios, este año todavía no. También un poco en relación a la demanda, porque salir al barrio implica tal vez reducir el tiempo de atención en el consultorio (Daniela, psicóloga, 2023).

En los relatos de lxs profesionales advertimos la necesaria articulación con otrxs para promover los vínculos con las personas de los barrios, así como garantizar su seguimiento y acciones de promoción de la salud. Cuando estos nexos no están garantizados, lxs profesionales lo identifican como un aspecto que dificulta las condiciones de accesibilidad y el acceso a derechos. Refiere Carlos:

> Nos ha tocado que no estaba la trabajadora social y hemos tenido que activar nosotros la denuncia o hacer el llamado al municipio, al equipo local. Al área mujer del primer nivel, digamos, el equipo local. Y articular con ellos para situaciones urgentes, que necesitaban ya el acceso (Carlos, médico generalista, 2023).

Josefina refuerza el lugar clave de estos actores, sobre todo en el trabajo de agentes comunitarios y trabajadorxs sociales, así como la importancia del trabajo conjunto para su propia práctica:

> Médica: Antes se hacía mucho más trabajo social acá, pero bueno, ahora no contamos con asistentes sociales. Y es un barrio [donde]se renecesita, pero bueno, la verdad es que no hay recursos humanos.
> Entrevistadoras: ¿Y qué tipo de asistencia hacían en ese entonces?
> Médica: Y de todo un poco, lo que se vaya necesitando. Por ejemplo, ir a buscar pacientes que les faltan vacunas, o pacientes que están embarazadas que no vienen al control, o ir a ver alguna, hacer algún relevamiento de una casa para ver en qué condiciones viven, para poder seguir un tratamiento adecuado y demás. Eso lo hacían siempre en compañía de la asistente social (...) Antes teníamos un agente comunitario que no es lo mismo, pero bueno, nos ayudaba y yo podía salir con él, por ejemplo. Ahora no tengo con quien salir a hacer las visitas y demás (Josefina, Médica Generalista, 2023).

Lxs profesionales de la salud mental también ocupan un lugar relevante y ponen en escena otro aspecto que opera en ocasiones como obstaculizador de las prácticas de accesibilidad, referido a cómo se comprende la salud sexual y cómo esto adquiere entidad en los procesos de atención. Como advierte la literatura especializada, la preeminencia de la salud reproductiva y su foco en

la reproducción (Di Marco, 2012), deriva en un abordaje de la salud sexual, al menos durante el período estudiado, focalizado en la atención y asistencia de problemáticas (no)reproductivas. Este aspecto es identificado por una de las funcionarias quien nos permite leer el hiato entre la noción de salud sexual y el tratamiento efectivo que puede darse al interior de las instituciones, entre lo organizativo y lo conceptual en sus palabras, como las respuestas de los servicios y la responsabilización por áreas de tales o cuales problemáticas:

> Nosotras en la Dirección trabajamos todo lo que es los distintos aspectos que hacen a los servicios que dan respuesta a la anticoncepción en todos los momentos de la vida y en todo tipo de práctica de salud. Lo que es IVE-ILE, trabajamos fertilidad, trabajamos obstetricia. Lo pensamos como distintos procesos donde claramente la salud sexual está presente, la entendemos como en términos mucho más amplios. Pero después, con el Programa de VIH e ITS, articulamos, pero no es algo diario que trabajamos nosotras. Hay un área específica que lo trabaja. Todo lo que es más bien prevención, por ejemplo, de cáncer de cuello, está la Agencia del cáncer, que trabaja específicamente todas las políticas en relación. Nosotras entendemos la salud sexual en términos amplios, pero luego, a la hora de la responsabilidad institucional hay áreas específicas con las cuales claramente pretendemos siempre estar en diálogo, para articular, porque claramente la salud es una sola. Entonces ahí hay cuestiones entre lo organizativo y lo conceptual, siempre hay que ir traspasando algunos límites, ¿no? (Melina, funcionaria, 2023).

La compartimentalización opera en los modos en que se aborda la salud sexual; y como se advierte, en un modo de comprenderla predominantemente anclada a problemáticas reproductivas, incorporando a partir de 2020 (tras la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo) una fuerte labor en la provincia no sólo por garantizar las prácticas, sino también por reconstruir y mapear los servicios que garantizan el acceso. Recuperamos en párrafos previos el lugar de lxs profesionales de salud mental, ya que una de las problemáticas que subyace a esta compartimentalización es la dificultad por integrar en los procesos de atención una perspectiva interdisciplinaria, que en ocasiones queda a su vez vedada por la ausencia de profesionales frente a la alta demanda en el área:

> Entrevistadora: ¿Y ves un aumento en problemáticas de salud mental?
> Médica: Tremendo. Y de consumo ni te digo. En los últimos dos años se ha incrementado muchísimo. Mirá, a mí nunca me había pasado de tener, por ejemplo, pacientes que vengan a control de embarazo, con embarazo un poco avanzado y que te digan, "Mirá, vengo recién ahora porque yo estoy en consumo y como que no quería aceptar el bebé. Bueno, me voy a cuidar, ahora voy a estar bien, voy a dejar". Y yo le digo, empiezan los controles, pasan, o sea, le toca el próximo control y capaz que vienen un día después, qué sé yo. Y al tercer control no aparecen más. Y es re difícil empezar a seguirla, o sea, yo tengo mucho la costumbre de no desentenderme de las pacientes (Claudia, ginecóloga, 2023).
>
> (...) La psicóloga que está, sí, si la paciente por algo requiere algún acompañamiento o algo, lo hace, pero no tenemos la disponibilidad de turnos para que todas las pacientes que deciden interrumpir puedan hacer una consulta con la psicóloga. ¿Me entendés? (Claudia, ginecóloga, 2023).

En otro orden de problemas, el traslado hacia los centros de salud de lxs profesionales resulta un aspecto obstaculizador para la garantía de accesibilidad, lo cual también se traslada como dificultad a lxs usuarixs. Nuestrxs entrevistadxs refieren a la insuficiencia e ineficiencia de transporte público para llegar hasta el CAP, falta de infraestructura en calles y accesos. Dado que la accesibilidad territorial no está dada exclusivamente por la distancia entre la vivienda y el centro de salud, la disponibilidad de medios de transporte y las zonas que lxs usuarixs frecuentan por motivos de trabajo también influyen en la elección del centro de salud donde atenderse:

> Entrevistadora: ¿Y qué población va al CAP? Porque, por ejemplo, ahí en Vuelta del Paraguayo. No sé en términos de distancia a cuánto está, por ejemplo, del CAP en el cual trabajas.
> Médica: Está lejos, ¿por qué? Porque el colectivo no llega a la Vuelta del Paraguayo, por ejemplo. Deja ahí en la entrada y ahí al fondo de la Vuelta del Paraguayo, creo no sé, pone que habrá un kilómetro. Entonces de ahí tenés eso, más los dos kilómetros que llega al centro de salud. Quizás tenés que ir caminando tres kilómetros…
> Entrevistadora: Claro, porque en la vuelta no tenés CAP. Entonces, digo, lo más cercano en realidad es el centro...
> Médica: Exacto, el nuestro (Yanina, médica ginecóloga, 2023).

Carlos, por su parte, identifica como aspectos facilitadores para el acceso la amplitud en el horario de atención y la posibilidad de acceder al centro de salud por diferentes vías:

> Médico: Eso también es lo que tiene, estamos abiertos desde las 7 de la mañana más o menos hasta las 8 de la noche. Por eso es que tenemos tantos pacientes que vienen de otros lugares, por el horario de trabajo, las escuelas y esas cuestiones. Es más accesible poder llegar acá capaz que al centro de salud que le queda más cerca de su casa. En realidad, tienen un trayecto bastante largo, La

> Guardia, tenemos muchos de La Guardia, bajada Distéfano y Colastine Norte, algunos también de Colastiné Sur.
> Entrevistadoras: Claro, te dicen esto, quizás flexibilidad horaria.
> Médico: Sí, flexibilidad horaria, más que nada eso. Bueno y la gente de la Vuelta del Paraguayo, lo que les queda más cerca acá, es porque cruzan el bote. Hacen el cruce en bote y les queda más cerca que ir capaz a Alto Verde Manzana II, que tienen que hacer un trayecto un poco más largo (Carlos, médico generalista, 2023).

Otro orden de problemáticas y obstáculos de acceso se relacionan con los modos de organización de y entre los centros (en lo referido al stock y provisión de medicamentos, la gestión de turnos, la derivación a servicios de referencia, etc.), la disponibilidad de lxs trabajadorxs para la realización de ciertas prácticas (vinculada especialmente a la objeción de conciencia respecto a las interrupciones de embarazo), el cuidado de la confidencialidad y el trato digno de lxs usuarixs.

> Vienen a ver para conseguir la ecografía, es una cosa que es… o la paciente es maltratada, no se le respeta el secreto de confidencialidad. Porque imaginate, en Alto Verde también se conocen todos. Vos le decís, "Necesito que le des un turno urgente a esta paciente, porque tiene este problema…", se enteró todo Alto Verde, ¿entendés? Y más allá de eso, si después la recibe este médico ginecólogo, que tiene objeción de conciencia, también la maltrata cuando le hace la ecografía, a pesar de que hacer la ecografía no es objeción de conciencia (Yanina, médica ginecóloga, 2023).

Como es posible apreciar en lo desarrollado hasta aquí, la vulneración del derecho a la confidencialidad en la admisión y en las atenciones, el maltrato verbal y la negación de atención por parte del personal administrativo y de salud de los CAP aparece como problema en el relato lxs profesionalxs.

> Pero lo que pasa es que también a veces si les cuesta pronunciar para qué vienen, por ahí la admisión no es accesible. Ya está hablado con la admisión de que si ya vienen y preguntan o vienen por esto, ya tienen que acceder y más rápido. Tratar de que sea más fluido (Carlos, médico generalista, 2023).

> Vos, como servicio, tenés que garantizar un consultorio que sea accesible para todo, donde haya un profesional que no sea objetor, que trate bien a las personas y que pueda abarcar todo esto. (…) Si en la calle la persona que va a hablar y con el primero que se choque es un dinosaurio. O sea, tengo una persona trans que viene y digo, ¿a dónde la derivo? No puede ser que no haya "un" comité, aunque sea ONG. O sea, si vos no querés, como Estado, garantizar mínimamente hacerlo por el costadito, que funcione una ONG, de algo donde las personas puedan ir a golpear la puerta y decir, ¿qué es lo que tengo a mi alcance? Porque si este mismo chico, en vez de atenderlo yo, lo atiende el de al lado, lo manda a la miércoles a su casa y se fue sin nada (Yanina, ginecóloga, 2023).

La gestión de turnos para la atención aparece como una problemática que se repite en el relato de todxs lxs profesionales entrevistadxs, quienes reconocen dificultades para la accesibilidad en la demora para conseguirlos, la falta de atención telefónica eficiente o la espera para poder acceder a la atención, teniendo que programar un turno de manera presencial para ser atendidas en el mismo día. La espera, vinculada a la demora de los turnos y a las filas para sacarlos, es también identificada como un problema de acceso para algunxs profesionales. Dalia entiende que la falta de turnos en otros CAP, sumado a los problemas edilicios de su propio centro, desemboca en la imposibilidad de atender toda la demanda recibida:

> Entrevistadora: Respecto a recursos humanos y de comunicación, ¿consideras que está más o menos cubierto el centro?
> Médica. No, nunca alcanza, nunca. Es grande la población que tenemos y viene, como te digo, muchas personas que son de los alrededores, de otros centros de salud. Porque a veces no consiguen turno en su centro, o porque no les gusta como los atienden en su centro, prefieren la atención nuestra. Entonces tenemos mucha demanda de personas. (...) La demanda de turnos… nunca alcanza. Tampoco somos tantos los profesionales. El centro de salud es chiquito, es muy precario, tenemos pocos consultorios para atender. Así que, aunque haya más profesionales, tampoco hay disponibilidad de consultorios y de tiempo. Así que no, no alcanza (Dalia, médica generalista y de familia, 2023).

Lxs profesionales dan cuenta de la existencia de diferentes protocolos para la gestión de turnos de acuerdo con el centro de salud del que se trate, de acuerdo con la atención a realizarse; e incluso aparecen diferentes protocolos entre profesionales del mismo CAP:

> Entrevistadoras: Bien. ¿Y cómo es el tema de la organización acá de los turnos? ¿Tienen que venir a solicitarlos antes? ¿Lo pueden hacer de manera telefónica?
> Médica: Ay, no, odio que me preguntes eso. Porque te juro que detesto que tengan que venir a las 5 de la mañana a hacer cola. Cuando ya estamos con la era de la tecnología y todo. No pueden pedir un turno por teléfono, programarlo y que ya quede cargado. Pero bueno, esas son cuestiones que todavía falta trabajar. Yo soy la única que programa turnos. (...) Tengo mi cuadernito, que lo manejo yo, los anoto, manejo todo. Y la secretaria ya sabe que se fija

en el cuadernito. Entonces todos los días me prepara mi lista de pacientes. Entonces pone primero a esos que yo ya turné. Y después los del día. Pero bueno, los del día tienen que venir en la mañana muy temprano (Josefina, médica generalista, 2023).

Entrevistadora: ¿Cómo funciona la organización acá en el centro?
Médico: En eso difiero del resto, digamos, porque yo soy de otra forma de trabajo. Yo soy mucho de turnos programados (…) Pero acá nunca se entendió el trabajo y siempre se trabaja mucho a demanda. O sea, demanda espontánea. Lo que se hace en realidad es sacar turno de un día para el otro (Carlos, médico generalista, 2023).

Chiara (2019: 73) destaca en esta línea que uno de los problemas estructurales que deben confrontar los establecimientos públicos del primer nivel de atención (del conurbano bonaerense, donde desarrollan su investigación) está vinculado con las posibilidades para garantizar derivaciones a especialistas, solicitar estudios complementarios o resolver internaciones (programadas o de urgencias/emergencias). En lo que hace a la coordinación y a la oportunidad en las respuestas a estas cuestiones, tienen alta centralidad en la agenda de salud en los municipios. También en este mismo sentido y en un campo de estudios similar en el conurbano bonaerense, Crojethovic y Ariovich (2018) señalan que la mayoría de las redes no cuentan con presupuesto propio para su desarrollo y que el espacio de la coordinación interinstitucional no siempre está formalmente instituido, lo que genera importantes limitaciones para su funcionamiento (Freidin et. al, 2020).

En nuestro caso de estudio, los centros de salud primaria no siempre cuentan con el equipamiento necesario para realizar estudios de laboratorio y diagnóstico por imágenes, o no disponen de un stock de farmacia completo para las atenciones ofrecidas. Habitualmente cuentan con centros de referencia con servicios de mayor complejidad (de segundo y tercer nivel), a los que realizan derivaciones para el acceso a estudios diagnósticos, de análisis clínicos, para la entrega de medicación por "vía de excepción", etc. En estas derivaciones, afirman algunxs profesionales, se van presentando obstáculos para la accesibilidad vinculados, por ejemplo, a la demora para conseguir turno y para obtener el resultado de los estudios, o a la necesidad de asistir en varias ocasiones a diferentes centros para una misma atención.

Entrevistadoras: Y aquí, por ejemplo, el misoprostol, en la parte de farmacia, ¿lo dan directamente desde acá o hay que conseguir en otro lado?
Médica: No, nosotros se lo gestionamos. Pero ese también es un tema, porque por ahí demora. Porque nosotros, o sea, eso va por pedido de excepción, se llama así. Hay una parte en la farmacia, en el pedido de farmacia, que es para medicamentos que son excepcionales. (…) Entonces tenés que cargar todo ahí, un montón de cosas, que es bastante tedioso ese trabajito. Y si ellos lo aprueban, que no sé en qué se basan para aprobarlo o no, después sale el pedido a farmacia. Y bueno, ahí da toda la vuelta y vuelve acá. (…)
Entrevistadoras: ¿En general también piden ecografías?

Médica: No hay ecógrafos. Tienen que irse, por ejemplo... Al otro centro de salud, donde hay un ginecólogo que es objetor de conciencia. (…) Imaginate que no nos dan los turnos así rápido en el día. Podrían darnos los turnos rápidos de ecografía, dos minutos de ver las semanas y listo… (Josefina, médica generalista, 2023).

Entrevistadora: Y a veces ¿cuánto tarda? En poder hacerse también la ecografía...
Médica: Eh, yo siempre le pongo, le digo, por ley te tienen que hacer no más de diez días. Entonces sí o sí te tienen que acomodar. Entonces ¿qué pasa? A una paciente le hacían ir todos los días que había un ecografista para ver si había un bachecito o no. Entonces le hicieron ir tres días seguidos, sentada en la sala de espera. Por supuesto que todo el mundo la mire, que toda la cosa... "No, hoy no te vamos a atender", "hoy no te vamos a atender" y entonces así pasaron… Esa había sido una de las pacientes. Me había visto a mí, yo le había mandado la ecografía, la boludearon así. Y cuando vuelve, ya estaba de quince, dieciséis semanas. Todo este tiempo perdido, la chica perdió la posibilidad de hacerse la interrupción y hoy en día la estoy controlando por su embarazo (Yanina, ginecóloga, 2023).

Esta necesidad de recurrir a centros de salud en repetidas ocasiones para completar una atención, en relación con el tiempo que lxs usuarixs deben invertir para atenderse, aparece en el relato de muchos de lxs profesionales como un aspecto que complejiza el acceso:

Te doy un ejemplo tonto, de lo que es la medicación. El paciente necesita una medicación hoy. ¿Sí? Va a la farmacia, viene, va, viene, va. Llega un momento en que va a explotar, ¿entendés? Pero porque son todas burocracias del sistema que hacen que esta persona en situación vulnerable se torne irritable y demás (Gilda, enfermera, 2023).

Y bueno, en mi caso, por ejemplo, que estoy a la tarde, no tenemos farmacia en la tarde. Está cerrada la farmacia. Quedan algunos medicamentos, pero en la enfermería para analgésicos y esas cuestiones, para cubrir el momento, digamos. Pero si necesitan retirar el medicamento, tienen que venir al otro día. Y la persona para poder atenderse tiene que venir como tres veces. Una para sacar el turno, otra para atenderse y otra para buscar la medicación (Carlos, médico generalista, 2023).

La procura de una gestión preferencial de los turnos para la atención de IVE e ILE es una práctica que emergió repetidamente en las entrevistas, virtud de que la legislación que rige estas prácticas delimita un máximo de 10 días para su garantía desde el momento en que se solicita. En los testimonios puede advertirse una articulación fluida para la atención, lo que favorece la accesibilidad y garantía de estos derechos:

> Bien, en eso te puedo decir que se trabaja muy bien. Nosotros en el equipo, ya saben los administrativos, por ejemplo, a cualquiera que viene… Te estoy hablando en caso de un IVE, te doy un ejemplo, ya sabemos, actuamos en el momento, se la ve en el día, se le da todo a la paciente, cosa que se resuelva ya. Si alguien está de licencia, automáticamente nos comunicamos con otro centro de salud, donde se le da todo a la paciente. Y lo único que tiene que ir a pedir allá es la orden. Y nada más. Pero sí, se trabaja bien, es accesible en el momento (Gisela, enfermera, 2023).

> Ahora es todo mucho más rápido, porque yo recibo a la paciente, a veces ya vienen con la ecografía. Y si no tienen la eco, se la pido. En el Hospital Mira y López hay una médica que las atiende con turnos de urgencia, o sea que se las hace el día. Y probablemente al día siguiente ya vienen con la ecografía. Ya con la eco yo pido, hago mi historia clínica, le solicitó la medicación, le explico cómo se hace el tratamiento, le doy todas las pautas de alarma. Ya le dejo el pedido de la ecografía posterior para el control. Y después la paciente va ese mismo día, busca la medicación y ya hace el tratamiento. Ahora es todo un poco más rápido, en una o dos consultas ya podés resolver la situación (Dalia, médica generalista y de familia, 2023).

Ningunx de lxs profesionales médicxs entrevistadxs para este trabajo es objetor de conciencia, por lo que atienden solicitudes de interrupción del embarazo en los centros donde trabajan. Sin embargo, todxs refieren a la existencia de un gran número de colegas médicxs objetores y de otrxs trabajadorxs de la salud que no están de acuerdo en lo personal con la interrupción del embarazo. Nuestrxs interlocutorxs dan cuenta de que la posición de estxs colegas tienen diferentes efectos sobre sus prácticas, resultando éstas a veces obstaculizadoras para el acceso a este derecho.

> Dentro de los dos equipos de salud donde yo trabajo, hay muchas personas que no están de acuerdo, porque es difícil por ahí interiorizar esta práctica. Pero nunca tuve problemas de que no quieran que yo atienda, o que... O sea, ellos saben que llega la paciente, solicita una IVE, la referencian a mí y listo. Aunque estén o no estén de acuerdo con la práctica (Dalia, médica generalista y de familia, 2023).

> A mí me ha pasado de tener que dejar medicación que la pasen a retirar a la tarde. Nadie quería darle la medicación esa a la paciente. Ella me ha hecho la... O sea, de darle la pastilla a la chica. Y como que ahora, o sea, despacito... Igual es como que ellos siguen estando en contra de la interrupción, por más que ahora es ley y todo, pero ya si viene una paciente, me golpean y me dicen: "Hay una chica afuera que está preguntando por interrupción" (...). Pero hay determinado personal que no quiere entregar ni manejar ni nada la medicación (...) No hay ninguno de los otros médicos que entrega medicación, salvo yo (Claudia, ginecóloga, 2023).

> Médico: Por ahí sentís que, sobre todo cuando te derivan, no hay un canal de derivación formal. Viene la paciente, yo le digo que no está bien derivada, lo ideal sería que el otro profesional me haga una pequeña formalidad en un papel, con una firma que diga que no realiza la práctica, que la deriva. Y que por lo menos venga la paciente ya con una charla previa, con ecografía y que ya venga preparada. Ahora últimamente están viniendo ya preparadas, digamos, como digo yo, con ecografía por lo menos, y con alguna derivación más formal. Pero eso más que nada sería. No, maltrato no. Pero sí por ahí falta de comunicación, más que nada eso, falta de comunicación entre los profesionales. Aparte también yo para tener de referencia, porque termina ese profesional que la deriva, digamos, o que la malderiva, como expulsándola. Yo después, ¿a dónde la referencio a esa paciente? ¿a dónde va a volver para hacer su seguimiento y para planear su anticoncepción y para retirar sus métodos anticonceptivos? (…) El control post-aborto podría hacerse tranquilamente en su centro de referencia. Aparte no existe la objeción a un control post-aborto. Debería haber atendido (Carlos, médico generalista, 2023).

Como expondremos con mayor detalle en el próximo capítulo[3], las posiciones de estxs profesionales se ven interpeladas por los contextos políticos y de gestión, los cuales producen condiciones materiales y jurídicas que modifican el ejercicio y las prácticas.

Reflexiones finales

En este capítulo indagamos en algunas problemáticas relacionadas con la accesibilidad en centros de atención primaria de salud de dependencia provincial ubicados en zonas aledañas a los barrios Vuelta del Paraguayo y Yapeyú en la ciudad de Santa Fe. Partimos para estos análisis de lo relatado por trabajadorxs y funcionarias de salud pública, buscando dar cuenta del acceso a derechos

3 Ver capítulo siguiente en este libro: "Acerca de las condiciones profesionales de existencia: percepciones sobre el sujeto profesional y sus implicancias en las prácticas" (Passerino, Rúa).

de salud desde la perspectiva de quienes tienen como tarea la garantía de los mismos. Fundamos esta decisión metodológica en el entendimiento de que en el vínculo entre lxs profesionales y las personas que demandan atenciones de salud se juegan dimensiones importantes del acceso y el ejercicio de derechos. Enmarcamos esta indagación en la observación de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, atendiendo a la accesibilidad en tanto vínculo intersubjetivo condicionado por contextos de gestión política, económica y de disponibilidad de recursos específicos, y por problemáticas vinculadas a procesos de vulnerabilización en los territorios.

Los esquemas de percepción de lxs profesionales ocuparon un rol central para esta reflexión, ya que operan como lógicas-prácticas en la cotidianeidad de los servicios, tanto en los vínculos que se establecen con lxs usuarixs, como en los modos de comprender la salud sexual y de implementar la política pública. Encontramos indicios de estos *habitus* profesionales en los relatos de nuestrxs interlocutorxs, quienes refieren a las problemáticas que enfrentan cotidianamente y a las estrategias que implementan para atravesarlas.

Lxs profesionales remiten con frecuencia a que gran parte de las estrategias de atención en sus centros dependen de una coordinación informal entre trabajadorxs. Incluso de vínculos de amistad o compañerismo con profesionales de otros espacios de salud. Esto pone de relieve la importancia del trabajo en red, que es también destacada por las funcionarias entrevistadas como prácticas que facilitan el acceso y suplen falencias de organización, comunicación y disponibilidad en la articulación entre los CAP y sus centros de referencia.

Nuestrxs entrevistadxs, a su vez, dan cuenta de problemas estructurales del sistema de atención primaria dependiente de la provincia de Santa Fe: edificios inadecuados; falta esporádica de insumos de farmacia; ausencia de Wifi y muchas veces de computadoras; insuficiencia de recursos humanos, en especial de trabajadorxs sociales, promotores de salud y/o referentes barriales; remuneración insuficiente de lxs profesionales; falta de disponibilidad y de apoyo económico para realizar capacitaciones y formación continua. Esta serie de problemáticas redundan para nuestrxs entrevistadxs en obstáculos de acceso para la población que se atiende en los centros de salud.

También refieren a problemáticas y obstáculos de acceso relacionados con los modos de organización de y entre los centros de salud, en lo referido al stock y provisión de medicamentos, a la gestión de turnos y a la derivación a servicios de referencia para estudios diagnósticos o de mayor complejidad. En esta línea, mencionan la objeción de conciencia respecto a la interrupción del embarazo como una posición profesional que genera diferentes efectos en el acceso al derecho, resultando a veces obstaculizadora. Como contracara, la construcción de una gestión preferencial de los turnos para la atención de IVE e ILE emergió repetidamente en las entrevistas, pudiéndose advertir una articulación fluida para la atención, lo cual favorece la accesibilidad y garantía de estos derechos en particular.

Bibliografía

Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales.* 2017,4(6): 169-174.

Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

Bourdieu, P.; Wacquant L. (1995) *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

Bourdieu, Pierre (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.

Burton, J. (2015). *Un llamado que insiste: notas sobre los socorrismos en Argentina*. XI Jornadas de sociología de la UBA. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Burton, J., Peralta, G. (2016) Redes en torno al aborto clandestino: vínculos de socorristas y sistema de salud en Neuquén, Argentina. *Clivajes*: *Revista de Ciencias Sociales,* N° 6.

Castro, R.; Erviti, J. (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Chiara, M. (2019). El derecho a la salud bajo amenaza. *Voces en el Fénix*, 9(77): 60-67. Recuperado el 30 de diciembre de 2019 de <https://bit.ly/2VnQqK5>.

Crojethovic, M., y Ariovich, A. (2018). Las redes de salud en el territorio del Gran Buenos Aires: el desafío de la coordinación de servicios de salud. *Revista Internacional de Organizaciones*, 20: 169-195.

Di Marco, G. (2012). Las demandas en torno a la Ciudadanía Sexual en Argentina. *SER Social*, Brasilia, Vol. 14, N° 30, 210-243.

Fernández, A. M.; López, M. (2005) Vulnerabilización de los jóvenes en argentina: política y subjetividad. *Nómadas*, N° 23, 132-139.

Freidin, B.; Ballesteros, M.; Krause, M.; Wilner, A.; Vinitsky, A. (2020). *Atención Primaria de la Salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

Maceira, D.; Olaviaga, S.; Kremer, P.; Cejas, C. (2006) Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina. *Documento de Políticas Públicas* (30), CIPPEC, Buenos Aires.

Panozzo, V., Camejo, M. (2015) Socorro Rosa: un dispositivo de acción comunitaria en salud. Encuentros entre prácticas y saberes. *IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria "Salud Colectiva, Interculturalidad y Redes" III Jornada de Salud Pública y Comunitaria*. Septiembre de 2015. Cipolletti - Río Negro - Argentina. Facultad de Ciencias de la Educación - Universidad Nacional del Comahue.

PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina.* Buenos Aires: PNUD.

Quesada J, Hart LK, Bourgois P. (2011) Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Med. Anthropol.*, 30(4): 339-62.

Rúa, A. (2022) Acción directa por el acceso al aborto en pandemia: el caso del Socorro Rosa Las Orillas. *III Jornadas redASA* - UNR. Rosario

Stolkiner, A.; Comes, Y., y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6): 2807-2816.

Capítulo 10

Acerca de las condiciones profesionales de existencia: percepciones sobre el sujeto profesional en Santa Fe y sus implicancias en las prácticas

Leila M. Passerino y Agustina Rúa

Introducción

Los *habitus* forman parte y se desarrollan en entramados sociales y materiales concretos. Son las condiciones sociales de existencia las que están operando en nosotrxs a través de éstos. Como modos de pensar y hacer inscriptas en los cuerpos, in-corporadas, automatizadas, los *habitus* median entre la estructura y las prácticas. En otras palabras, las prácticas encarnan las condiciones sociales de existencia en forma de disposiciones corporales aprehendidas y duraderas. La teorización de Bourdieu (1991) tiene un sesgo materialista al reconocer que las condiciones materiales de existencia operan y participan en la producción social de la vida y que éstas son necesarias e independientes a su voluntad (Marx, 1859). Los *habitus* son coherentes con y efecto de esas condiciones materiales objetivas, ocupadas por el agente en el espacio social de un determinado campo. Si pensamos en el campo médico, los *habitus* profesionales encarnan condiciones materiales que participan en los modos en que éstos actúan, se reconocen y desarrollan para la producción de accesibilidad en materia de derechos y salud sexual.

La indagación por las condiciones profesionales de existencia (laborales y contractuales, mecanismos de reconocimiento, autopercepciones y posicionamientos subjetivos, vínculos con otros sujetos de la red de salud pública, etc.), focaliza en la pregunta por el sujeto en sus prácticas, pero considerando que éste no es conciencia aislada, sino producto de relaciones sociales, del campo

que habita, de la relación con su realidad material, como su interiorización mediante los *habitus*. Como ya bien enunciaba Marx, no es la conciencia la que determina el ser sino, por el contrario, es el ser social quien determina la conciencia (Marx, 1859).

Este capítulo considera algunas dimensiones emergentes del trabajo con lxs profesionales en Vuelta del Paraguayo y Yapeyú –dos barrios de la ciudad de Santa Fe– a partir del trabajo con entrevistas en profundidad. Analizamos también a su vez los relatos de funcionarias y trabajadoras públicas municipales y provinciales, abocadas a ámbitos de tratamiento de la salud sexual. A partir de ello, consideramos dimensiones emergentes que, si bien se hallan vinculadas, distinguimos analíticamente. En primera instancia, abordamos las condiciones laborales y contractuales, las percepciones y posicionamientos subjetivos frente al trabajo de lxs trabajadorxs. Por otro lado, consideramos un segundo eje donde recuperamos las prácticas profesionales mediadas y producidas en el marco de los derechos y la política pública.

Condiciones laborales, percepciones y posicionamientos subjetivos frente al trabajo

La dimensión de ser trabajadorxs estatales es una característica que nuclea a lxs profesionales aquí estudiadxs. Todxs ellxs dependen laboralmente de la provincia de Santa Fe, sin embargo, sus condiciones de contratación varían entre planta permanente, contratos renovables o situación de trabajo informal. Ya hemos indicado en el capítulo anterior[1] algunas problemáticas que permean las condiciones en las que desempeñan su trabajo en los centros de salud: inadecuación edilicia; faltantes en insumos de farmacia en stock; ausencia de Wifi y/o computadoras para la carga de atenciones; insuficiencia de recursos humanos en relación con la demanda; remuneración insuficiente de lxs profesionales; falta de disponibilidad y apoyo económico para la realización de capacitaciones y formación continua. Profundizaremos en algunos de estos aspectos ya que forman parte de sus condiciones profesionales de existencia.

El primero de los emergentes a los que aluden lxs trabajadores se vincula a las condiciones de contratación:

> Entrevistadora: ¿Qué obligaciones y derechos te amparan en tu campo profesional? ¿Te sentís vulnerable de algún modo?
>
> Enfermera: Y sí, en cierta forma sí. Porque gano la mitad que los [trabajadorxs] de planta. Y el trabajo sería mejor si pudiese contar con todos los materiales que necesito (Gabriela, enfermera, 2023).
>
> No, no, estoy absolutamente irregular, absolutamente. O sea, este es el peor trabajo que tengo en mi vida, literalmente… En negro, pero totalmente. Mirá, ni siquiera he laburado, pero en el McDonald's creo que estaría mejor, a ese nivel, o sea. Lo hago porque lo necesito y porque me hace bien. Para que te des una idea, tengo el contrato COVID, no tengo obra social, no tengo cosas, la Caja de Médicos me está haciendo una demanda de intimación de pago por lo mismo que llevo facturado. O sea, llevo 1.300.000, me reclaman ellos, y eso creo que es lo mismo que yo llevo facturado en esta época. Y no tengo ningún contrato, ninguna cosa, ningún nada (Yanina, médica ginecóloga, 2023).

Los testimonios de Gabriela y Yanina dan cuenta de uno de los aspectos ya observados por Castro y Erviti (2009) respecto a la falta de control de lxs profesionales respecto a sus condiciones de trabajo y la proletarianización como una de las características de la ruta de la profesión médica en la actualidad. Rosaura (agente de salud) expresaba su preocupación frente a esta situación que atraviesan muchxs de lxs profesionales de la salud:

> Sí, también pienso la precarización laboral, las condiciones de trabajo para pasar esto a ser planta, o a tener cierta estabilidad también. Sí, que eso creo que hay una... o con eso tiene que ver lo intergeneracional también (…) O sea, después de 10 años de estar trabajando, y primero con un reemplazo, y después como otro... primero como contratada, después con un reemplazo, después porque se jubilaba o no se jubilaba la persona, después que si me firmaban el papelito para que empiece... Y un montón de compañeras, a ver, compañeras que estaban en la parte administrativa, que me hicieron el re aguante, "seguí ese expediente, seguilo, no lo dejés, porque fijate que si no te lo cajonean y no sé qué". Y después que vinieron también desde los sindicales y desde las gestiones, pero si, qué sé yo, el año pasado, si la gestión que venía decía no, yo no voy a pasar a planta a nadie, yo seguía indefinidamente, en un lugar de absoluta desprotección. Ni te digo la gente que está como contratada, que por ahí estás 6 meses y no te pagaron en 6 meses. Y tenés que seguir laburando porque tu única esperanza es que en algún momento te paguen retroactivo los 6 meses que laburaste gratis, ¿viste? Entonces es tan injusto, es un sistema tan injusto, y las instituciones (Rosaura, funcionaria de Santa Fe, 2023).

Las situaciones de precarización laboral tienen consecuencias tanto personales como para el ejercicio profesional, aunque es allí donde se buscan estrategias para que su desarrollo no adhiera otros malestares. Como pudimos leer en el

1 Ver "*Recorrer la accesibilidad: habitus y percepciones de profesionales de la salud y funcionarias sobre la práctica y el trabajo en salud sexual en Santa Fe*" (Rúa, Passerino).

testimonio de Yanina, pese a que se sabe precarizada: sin acceso a obra social, con un contrato laboral que no es representativo de su accionar en el Centro, mediada por intimaciones de la Caja de Médicos, sin posibilidad, al menos en lo inmediato, de cambiar la situación contractual, se posiciona con firmeza respecto a los límites para la atención. "A mí no me contrataron para eso" refiere sobre una solicitud de traslado de espacio de trabajo, a lo que luego añade:

> Yo no puedo ir al Pozo [al Centro de salud del barrio] a trabajar con gente que no conozco, con profesionales que están, con colegas que no sé ni quiénes son, ni las historias clínicas dónde están, porque además ni siquiera después las voy a volver a ver las pacientes, entonces así no funciona la cosa, si vos no tenés médicos que te curan, o que te garanticen los derechos…" Le digo, "preguntame, yo hago el mejor horario, si quieren puedo ir a otros lugares, pero me avisan, si funciona así que me van a estar paseando de un lado para el otro, avísame porque no voy más. Y entonces a partir de ahí, no me hizo más esta petición, pero yo sé que hay otros, a los enfermeros los manejan así, a los médicos en otros lugares, o llegan de un lado para el otro" (Yanina, médica ginecóloga, 2023).

La recurrencia al multiempleo es una de las características y efecto de las condiciones de precarización para garantizar la supervivencia económica de muchxs profesionales:

> Entrevistadora: ¿Consideras que el salario es acorde al trabajo?
> Médica: No, creo que no. En mi caso no, porque estoy en dos centros de salud. Salgo a las cuatro de la tarde, tengo familia y bueno. No hago otra cosa más que esto. Pero la mayoría de mis colegas tienen muchos trabajos a la vez por una cuestión económica, que no alcanza. Y eso resiente en la atención que haces en cada lugar donde trabajas. Porque en vez de ir cuatro horas al centro de salud, vas dos horas para poder después cumplir con el otro lugar. (...) Yo tengo un solo cargo que son 48 horas, lo divido en los dos centros, pero realmente mi progreso económico es nulo (Dalia, médica generalista y de familia, 2023).

Como leemos en el testimonio de Dalia las condiciones de trabajo tienen consecuencias para la calidad de atención, expresada en menor disponibilidad y dedicación horaria, lo cual también se expresa en la falta de cobertura frente a la demanda. Continúa:

> Entrevistadora: Respecto a recursos humanos y de comunicación, ¿consideras que está más o menos cubierto el centro? O ¿qué haría falta, quizás más profesionales, más difusión?
> Médica: No, nunca alcanza, nunca. Es grande la población, es grande la población que tenemos y vienen, como te digo, muchas personas que son de los alrededores, de otros centros de salud. Porque a veces no consiguen turno en su centro, o porque no les gusta como los atienden en su centro y prefieren la atención nuestra. Entonces tenemos mucha demanda de personas. Precisamente por esto de organizar y dar un tiempo entre turno y turno de 20 minutos, tampoco disponemos de muchos turnos. Entonces la demanda de turnos nunca alcanza. Bueno, tampoco somos tantos los profesionales, el centro de salud es chiquito, es muy precario. Tenemos pocos consultorios para atender, así que, aunque haya más profesionales tampoco hay disponibilidad de consultorios y de tiempo. Así que no, no alcanza (Dalía, médica generalista y de familia, 2023).

Las autopercepciones respecto a la profesión, el lugar como trabajadorxs en el sistema de salud, tiene efectos en las prácticas y en la promoción de condiciones de accesibilidad. Una de las constantes que hemos advertido se refiere al trabajo caracterizado como "en soledad", advertido tanto por profesionales como por funcionarixs. Una de ellas así lo relataba:

> Muchas veces la soledad es una de las cuestiones que más se manifiestan con equipos de salud. A pesar de situaciones complejas estoy acá, hoy me enteré de que bueno, esto que es específico: Una niña de 12 años embarazada, bueno con quien me siento a pensar el abordaje, ¿no? Lo mismo con una situación de violencia por motivos de género en una persona adulta, así que yo creo que hay que trabajar muchísimo en ese aspecto (Melina, funcionaria de Santa Fe).

Yanina también relata la vivencia del trabajo en soledad y la falta de herramientas para afrontar situaciones ante demandas y necesidades médicas específicas:

> Médica: Nada, yo cuando fui… por ejemplo, creo que se hacían, no sé, 25 Papanicolau por año, yo en 8 meses hice 100, ¿me entendés? Se hicieron diagnósticos de cáncer, se hizo diagnósticos de diabetes, se hicieron cosas y bueno, ahí está el problema. Cuando empezaba a hacer diagnósticos y decir, ¿y ahora qué hago?
> Entrevistadora: Claro, hay una evidencia de que hay problemáticas
> Médica: Nada. O sea, hizo un Papanicolau, yo vi a la paciente, por ejemplo, la vi y dije, "esto es un cáncer". O sea, yo tenía mucha experiencia allá en Mar del Plata, hice consultorio de patología. Ahí nomás, la recibí, dice un cáncer, la empecé a derivar, le hice todas las cosas, y la paciente ya estaba haciendo el tratamiento porque yo insistí, la mandé, esto, va, va, va, y el Papanicolau me llegó 3 meses después. Entonces, ahí vos decís, ¿para qué? ¿Me entendés? (Yanina, médica ginecóloga, 2023).

Frente a los escenarios de soledad, lxs profesionales se dan diferentes estrategias. Uno de los principales recursos es la generación de redes, la mayoría de las veces de carácter informal, tal como hemos recuperado en el capítulo

anterior. Las redes permiten articular con otros estamentos estatales, pero también al interior de las propios centros, establecer puentes y trabajar colaborativamente ante situaciones que en la individualidad pueden verse obstaculizadas por diferentes aspectos: porque en sus lugares de trabajo no cuentan con los recursos necesarios; porque dependen de la atención en centros de mayor complejidad; porque existen circunstancias que requieren de abordajes integrales y no meramente clínico-asistenciales, que precisan de acompañamientos ante los cuales muchas veces las usuarias no tienen garantizado el acceso. Una de las funcionarias entrevistadas, que opera como articuladora de demandas y con experiencia en el trabajo con profesionales daba cuenta de la existencia de las redes y de su importancia para garantizar derechos:

> Sí, yo creo que esas redes siempre existieron. Lo que pasa es que ahora se empiezan a visibilizar y por ahí se trabaja de manera más tranquila. Sobre todo, en relación a algunos temas que por ahí eran tabúes, no estaban como muy bien vistos que vos seas profesional y que estés acompañando ciertas situaciones. Pero a mí me parece que en términos generales esa red siempre estuvo y gracias a esa red también hay un montón de avances en relación a leyes como la de identidad de género, la ley del aborto. Sí, yo creo que eso es algo que es muy importante que uno puede estar en la calle, en una organización social o dentro del Estado ya sea como funcionario o como trabajador y esas redes van funcionando (Noelia, funcionaria de Santa Fe, 2023).

La contracara de las redes, gestadas de manera informal, enfrenta a lxs profesionales a asumirse en un lugar de responsabilidad absoluta. Este es un emergente que podemos advertir a lo largo de las entrevistas desarrolladas:

> Médica: Y bueno, mirá, te doy un ejemplo concreto de lo que pasó el año pasado. Lo manejé yo, personalmente, digamos. Hicimos todo. Hice, o sea, llamé a la comisaría de la mujer, me comuniqué, hice las denuncias. Bueno, en realidad, podés denunciar. Pero le hice todo el nexo de la paciente, la vinieron a buscar. O sea, la acompañaron. Yo no estaba justo en ese momento, pero les acompañó personal de acá del centro de salud a la policía para ubicar la vivienda. Y bueno, la llevaron a la Casa de Mujeres en Coronda. Pero fue todo manejado por acá, por el equipo.
> Entrevistadoras: O sea, forma parte un poco de la voluntad de quien esté.
> Médica: Sí, tal cual.
> Entrevistadoras: Y de lo que era un caso de violencia de género y no podía volver a su casa.
> Médica: Sí.
> Entrevistadoras: ¿Y vino acá por esa situación?
> Médica: Sí. Sí.
> Entrevistadoras: Bien. Entonces, bueno, sí, un poco las mediaciones que se dan son las que pueden llegar a establecer ustedes (Josefina, médica generalista, 2023).

Las situaciones como las relatadas por Josefina forman parte de las prácticas que posicionan subjetivamente a lxs profesionales en un lugar de incomodidad. Como hemos referido, por un lado, el carácter informal y cuasi voluntarista que suponen estas condiciones de trabajo lxs ubica en un lugar de responsabilidad personal, no solo profesional, sobre las situaciones acontecidas. Se trata de un plus de responsabilidad que exige el déficit de responsabilidad del Estado y la estructura institucional. Continuaba Josefina:

> A mí me preocupa. Me preocupa. Sí, bueno, pero va a depender de la suma de voluntades individuales. De cada uno de nosotros, digamos. Porque en realidad, los que estamos acá en la trinchera somos nosotros. Después los de arriba, bueno, pueden dar directiva y qué sé yo. Pero bueno. Nosotros no, vamos a ponerle onda (Josefina, médica generalista, 2023).

El relato de Josefina es elocuente, "depende de nosotros" y somos "quienes estamos en la trinchera" expresa la obligación y también la sensación de soledad que participa en la cotidianeidad. Asimismo, se trata de prácticas que no encubren el desgaste y experiencias de sobrecarga que pesan sobre ellxs:

> Médica: Sí, sí, sí. Sí, claro. Lo que pasa es que la que más capta a esos pacientes es otra médica. Es la clínica. Que ahora se está por jubilar, así que no sé qué va a pasar con esa población. Ya veo que van a venir a mí. (...) Es difícil. A mí se me complica estos últimos años sentir cansancio. Y aparte, bueno, hay un montón de problemáticas que van haciendo que uno se desgaste también, viste, como que ya... Pero bueno, hay días que estás más motivado, otros que no tanto. (...)
> Entrevistadoras: ¿Y qué tipo de cuestiones así como que te desmotivan? Que te afectan, claro, que te desmotivan.
> Médica: Y a mí en particular lo que me desmotiva es esto, que la falta de comunicación con los colegas, que no haya reuniones de equipo donde se puedan abordar un montón de temas que hacen falta, que no haya asistente social que te pueda estar ayudando en casos específicos, que no son todos, pero bueno, los necesitas. Como que te desbordas todo el tiempo de un montón de trabajo y bueno, a veces en un mecanismo de perseverar, tenés que elegir qué hacer y qué no hacer (Josefina, médica generalista, 2023).

El relato de Josefina recupera las sensaciones de cansancio y desgaste que, tal como explicita al final del verbatim, decanta en "elegir qué hacer y qué

no hacer". Ello implica una praxis mediada por las posibilidades, en donde se delimitan prioridades y demarcaciones entre lo que se debería y lo que se puede sostener en los espacios de trabajo. Ello coloca a lxs trabajadorxs en la posición de seleccionar, de acuerdo con sus propios criterios y disponibilidades, las atenciones a las que podrán dar prioridad. Recuperamos otra de las alusiones de Josefina vinculada al seguimiento de pacientes luego de obtener los resultados de papanicolaou realizados a mujeres:

> Entrevistadoras: Y si no vuelve [refiere a una usuaria], ¿la llaman por teléfono? (...)
> Médica: Lo deberíamos hacer, pero por ahí uno en la vorágine del día a día, se complica. Sí, pero lo deberíamos hacer. Igual tenemos un cuadrito donde vamos anotando todo y los resultados (Josefina, médica generalista, 2023).

Como da cuenta el testimonio, la sobrecarga tiene un doble efecto, ya que impacta en las posibilidades profesionales y prácticas, pero también en las condiciones de accesibilidad y atención de usuarixs. El desgaste y la dinámica de la urgencia, como las condiciones de vulnerabilización (Fernández y Lópes, 2005) que caracterizan los territorios en los cuales se desempeñan lxs profesionales, limitan en la actualidad las acciones de promoción o comunitarias de salud. Ello ha sido un rasgo extensible a todos los CAP visitados:

> No... La verdad que últimamente no hemos hecho actividades así comunitarias (...) O sea, se hace todo uno que es una promoción, pero en la consulta en el momento con la persona. Pero así comunitaria y en equipo la verdad que no, no se han hecho últimamente (Dalia, médica generalista y de familia, 2023).

> Necesitamos poner al paciente como algo, dejar de verlo como una enfermedad. Se necesita más promoción, prevención. Eso es lo que más se necesita. Y para eso está el centro de salud. Me gustaría que deje de ser tanto asistencialismo. Que sea en consulta, consulta, consulta, consulta todo el día. Y eso te satura la cabeza. Te la pasas viendo mocos. Y no hay prevención. O sea, falta (Josefina, médica generalista, 2023).

> Entrevistadoras: Y acá en el centro de salud, ¿hacen alguna actividad, así como de promoción de la salud? Esto de, bueno, no solo por ahí de asistencial, sino de salir o no. O el nivel de demanda no lo permite.
> Médico: Sí y no, digamos, sí, es verdad. Por ahí el nivel de demanda y también de la visión de la gestión. Nos concentramos mucho más en lo asistencial, pero sí, de vez en cuando, se hacen charlas, qué sé yo, o se va hacia las escuelas (Carlos, Médico Generalista, 2023).

Otro de los aspectos que podemos mencionar, que opera como efecto de la sobrecarga, es la limitación para la actualización y formación profesional de lxs profesionales de la salud.

> No, no, o sea, yo creo que mi desempeño laboral y el trabajo lo hago, en el horario que me corresponde digamos, en eso no cambiaría. Porque pienso que cumplo con lo que tengo que hacer. Pero bueno, o sea, obviamente que, si hay un rédito económico mayor, esto por ahí te deja cierta tranquilidad no estar pensando "Uy, tengo, voy a tener que empezar a hacer guardias. Voy a tener que buscar otro trabajo, no llegamos a fin de mes". O sea, te da cierta tranquilidad en otros sentidos. Y aparte que por ahí también te da el tiempo de sobra como para después decir: "Bueno llego a casa, me puedo sentar a leer algo, a ver actualizaciones, a seguir formándome, hacer otras capacitaciones", que en caso de tener pluriempleo no se puede y menos si tenés una familia (Dalia, médica generalista y de familia, 2023).

La formación forma parte del proceso de profesionalización y se torna una necesidad para el abordaje de algunas problemáticas concretas. El caso de los procesos de hormonización para personas trans resulta uno de ellos, no sólo para lxs profesionales, sino también advertido por funcionarixs como condición ineludible en materia de derechos y accesibilidad.

> Si vos le das a las personas también fármacos sin explicarles qué les va a pasar, y no anda bien la gente. Si vos les explicas, "mirá, se te va a retirar la menstruación, no anda bien la cosa…" lo aceptan y lo viven de otra manera. Entonces, eso, la Ley se hace, se reglamenta, pero nadie cumple. O nadie se está fijando que se cumpla, o que exista el personal, que esté formado el personal para eso, que exista realmente (…) Que todos tengamos que tener una cuestión me parece genial, y que después pueda retirar el medicamento de allá me parece bien de la farmacia, porque esa es la idea. Pero no que esa persona pierda la posibilidad de ser acompañada por un profesional que conozca del asunto, porque si no lo que estamos haciendo es dejar en manos de personas que no saben nada al respecto del tema (Yanina, ginecóloga, 2023).

> Sí, en su momento, digamos, hace cinco años atrás las hormonas se garantizaban y después fue como, ahora está ahí, según lo que cuenta la población trans, que lo que nos reclaman como muy frecuente es que ya no es tan fácil conseguir las hormonas. Pero al margen de eso es como, bueno, faltan profesionales que sepan, que tengan una visión integral en relación a la salud de las personas trans, que no solamente sea una cuestión de la salud. También hoy nosotras estamos como acompañando y articulando, pero desde el amiguismo, que tampoco está bueno, digamos. Hoy es la única herramienta que tenemos (Noelia, funcionaria de Santa Fe, 2023).

La posibilidad de que lxs usuarixs sean acompañadxs por profesionales que "conozcan del asunto", como un abordaje integral, requiere de miradas con perspectiva de género en salud sexual de las poblaciones. Pero la paradoja que se presenta es que en la actualidad, aquellxs profesionales, considerados amigables, con formación y compromiso para el acceso y garantía de derechos en salud sexual, son reconocidos desde un lugar de mayor sobrecarga:

> Yo creo que las redes siguen funcionando, pero sí visualizo en todas mucho desgaste. También activar toda esa red implica un montón de energía (Ainelén, funcionaria de Santa Fe, 2023).

> La desventaja que tiene es que por ahí sobrecarga mucho a quienes sí dan respuesta. Porque también la gente que es piola para ILE, es la gente que entiende lo que es el derecho a la salud. Y es la gente que atiende a personas trans, le da tratamientos de hormonización. O sea, la gente que está actualizada en lo que es salud sexual, reproductiva y sobre todo no reproductiva. Pero... Bueno, nada, por ahí están más sobrecargadas (Rosaura, funcionaria de Santa Fe, 2023).

Las funcionarias reconocen que la formalización de las redes es un paso necesario y que, si bien las leyes son aspectos fundamentales para el amparo legal, requieren de mecanismos de apropiación y vías de desarrollo para la incorporación en las prácticas, que integren los contextos y las condiciones de vulnerabilización a las que se hallan expuestas las poblaciones:

> Si bien hubo como un… cuando salió la ley del aborto o las creaciones de ministerios y demás como un repunte, después todo eso empezó a decaer. O que nos damos cuenta que, a pesar de todo eso, la situación estaba cada vez peor socialmente porque vemos que las situaciones de violencia son cada vez peores, porque la gente está cada vez en situaciones de mayor vulnerabilidad y eso hace que se genere cierto desgaste (Ainelén, funcionaria de Santa Fe, 2023).

La formalización de rutas o redes de trabajo constituyen un objetivo en pos de garantizar respaldo a lxs profesiones, pero también agilidad y apoyo para sus tareas:

> Sí, además de que a diferencia de hace algunos años atrás ahora digamos se fueron creando estructuras que hacen que esa red por ahí tenga como una vía un poco más formal. Que la formalidad lo que a vos te da no es solamente respaldo, sino como que es mucho más fácil. Y esa figura de respaldo, por supuesto, no es tan… Porque existen, pero digamos, no llegan a dar la respuesta que uno necesita. Entonces vos tenés que volcarte a contar con esta red de amigues, profesionales militantes y que es lo que te da la lucha. Yo creo que el desgaste es no solamente por toda la energía que uno le pone, sino también por eso que pasa en toda la Dirección, pasa en todos lados. Te desgasta eso, porque vos decís "Bueno, se supone que está esto, que vino para facilitar un montón de cosas, que está el presupuesto". Y no termina de funcionar como debería (Noelia, funcionaria de Santa Fe, 2023).

Las sensaciones de sobrecarga vividas –en ocasiones acrecentadas por promover y garantizar derechos–; de soledad y en algunos casos, atravesadas por condiciones de precarización laboral y multiempleo, ubican a las subjetividades en posiciones complejas en donde las identidades de trabajorxs, profesionales, militantes, agentes sociales comprometidxs, entran en tensión. Podemos leer de manera integral cómo juegan esos posicionamientos, pero en el caso de Yanina esto queda en evidencia cuando emerge una tensión entre su lugar como agente, feminista, trabajadora y garantista de derechos, con condiciones de sobrecarga que intentan solaparse en el discurso externo con referencias a la sororidad:

> No tengo restricciones, todo Alto Verde viene, yo no tengo restricciones. Pero si viene gente de otros lugares, ahí digo no, porque me han querido… Mi superiora una vez vino con alguien de Helvecia a buscar… Otra vez vino de El Pozo, del Centro, y entonces bueno, mi cuestión es la misma siempre. Yo no es que me niegue a atender las cosas, pero yo no voy a cubrir los baches del sistema. En el sentido de, "ay, porque ellos me vienen a hablar de la sororidad", yo no puedo ser la única médica que garantice los derechos y que venga gente de otros lugares que yo no pueda hacer el seguimiento. Entonces, aparte, digo, tiene que haber un consultorio en el centro, que sea disponible geográficamente para todo el mundo, que garantice ese tipo de derechos, porque ni siquiera se lo puedo hacer cumplir a las propias pacientes de Alto Verde, ¿entendés? (Yanina, médica ginecóloga, 2023).

Puede advertirse cómo el compromiso social de estxs profesionales para la garantía de derechos –casi nunca expresado de manera consciente–, puede ser desgastante y no sólo facilitador de accesibilidad. Reparar en los posicionamientos subjetivos insta a considerarlos como potencia maleable, no en términos de estructura o carácter, sino modalidades del ser, de hacer, de estar, de pensar y de sentir, pasible a transformaciones (De la Aldea, 2014). Por ello, es interesante advertir esos movimientos ante los cuales las prácticas profesionales dejan de ser parte del compromiso expresado en la calidad, el contenido, la exclusividad, el abordaje de los imprevistos, el respeto y la sororidad, entre muchas otras dimensiones posibles– para transformarse y vivirse en términos

de sobrecarga o explotación. En pocas palabras, las instancias en que se producen virajes en los posicionamientos ante los cuales el profesionalismo y la buena voluntad pueden volverse en contra de sí y corromper las propias prácticas: desde el desgano, la apatía, la imposibilidad de promover o pensarse en el marco de acciones instituyentes –y no sólo reproductoras de un orden social que se ve a sí mismo como limitante.

En consonancia con otros estudios, consideramos que, frente a ello, la producción de cuidado para sí y para lxs demás se torna una tarea clave en el proceso para no naturalizar los mecanismos desgastantes en el entorno del trabajo y habilitar la gestión de espacios de transformación colectiva y redes instituyentes (Serantes *et. al.*, 2021), espacios para el decir grupal y el pensamiento con otrxs. Este aspecto, pese a que no forma parte de las demandas de lxs profesionales y de las estrategias de los equipos de trabajo, comienza a ser reconocido y valorizado en la agenda política, con algunas experiencias incipientes en la Dirección Mujeres y Disidencias Municipalidad de Santa Fe:

> Tuvimos como un cuidado de cuidadores (...) que son procesos que nos damos de ronda donde viene una profesional que trabaja la temática (...) y trabaja en un momento todos juntos, después los trabajadores, después los funcionarios, por un lado. Y después otros procesos funcionando con más gente también de otra secretaría. Que también surgía eso que uno está articulando mucho con trabajadores de otras direcciones y no nos conocemos las caras. Te conoces las caras con las que compartís el mismo espacio físico, pero no con otras compañeras y trabajadores. Siempre estamos laburando con situaciones de mucha vulnerabilidad, de urgencia. Eso de cruzarnos con gente de otras direcciones estuvo bueno también para ponerle cara y para entender también las problemáticas o las complejidades que tienen otras áreas (Ainelén, funcionaria de Santa Fe, 2023).

Apelar a una *ética del cuidado* es esencial para el abordaje de la accesibilidad, a partir de la incorporación de estrategias de y para los equipos de trabajo, para la atención integral en salud. Retomamos con Lavarello y Orleans (2020) que existe una producción subjetiva del cuidado en el vínculo que las personas ejercitan en las prácticas sanitarias como acción micropolítica cotidiana, dimensión que está presente en el ámbito del proceso de trabajo, y al mismo tiempo en la producción de sí mismas/os como sujetos del trabajo (Franco y Merhy 2011 en Lavarello y Orleans, 2021). De aquí su necesaria incorporación como aspecto que operaría favorablemente en la creación de condiciones que favorezcan prácticas de accesibilidad.

Las prácticas profesionales entre el derecho y la política pública

El ámbito de la salud integra el derecho ciudadano universal al acceso a la salud integral. Es además una política de Estado que debe ser garantizada por profesionales de salud. Esto lo hace un campo cerrado y profesionalizado, es decir, donde todo el universo de prácticas médicas sólo puede ser realizado por profesionales graduados en educación superior. A la vez, es un ámbito sumamente dependiente de los presupuestos públicos y de la regulación estatal. Es por ello que las prácticas indefectiblemente se hallan mediadas por la política pública, por los lineamientos y puesta en valor, como por el marco normativo que opera de trasfondo para el ejercicio de éstas, que delimita prioridades, que asigna presupuestos, entre otros aspectos.

Una de las primeras dificultades que en ocasiones encuentran quienes trabajan en los ámbitos de salud sexual refiere a los cambios de gestión, lo que tiende a decantar en transformaciones en las prácticas y en las redes establecidas para la resolución de diferentes problemáticas. En el testimonio de Josefina, una médica generalista de uno de los CAP aledaños al Barrio Vuelta del Paraguayo esto queda en evidencia ante la solicitud de contratación de un agente comunitario y la falta de respuesta de una gestión provincial que daba por finalizada su labor a partir de la derrota en las elecciones:

> (...) Porque el tema es quién puede ingresar también como agente comunitario. Yo lo planteé en la última reunión y no, nada. Porque aparte se están yendo y entonces están re enojados. Las gestiones. Son todas gestiones provinciales y ahora ha cambiado el gobierno. Este es un centro provincial (...) Están re enojados. Así que ni bola. Cuando les pregunté, "no sé, nosotros ya nos vamos. Así que…" No sé qué le va a importar ahora. Espero que [el nuevo gobernador] nos tenga en cuenta. No sé qué va a pasar (Josefina, médica generalista, 2023).

Los cambios de gestión traen aparejadas incertezas para los profesionales en sus prácticas, aspecto que también se traslada a quienes trabajan en los estamentos gubernamentales y son de planta[2]. En los relatos de estas trabajadoras se evidencia la urgencia, sobre todo en los momentos caracterizados por cambios de gestión, de delinear estrategias internas para el sostenimiento y garantía de derechos. La elaboración de los datos constituye un elemento identificado como prioritario, tanto para la elaboración y justificación de

2 En referencia al régimen de acceso a un determinado cargo, la planta refiere a la designación efectuada por una autoridad competente para la ocupación de un cargo que pertenece a la planta permanente de una entidad.

presupuesto en salud sexual como para la posibilidad posterior de ejecución de las políticas, lo que decanta en las posibilidades y opciones para el profesional en los ámbitos de salud. Rosaura refería:

> Me cuesta mucho pensar, "Bueno, tenemos que hacer esto, esto y esto, vamos por acá, por acá y por acá", porque también hay una cuestión muy concreta, cuando cambian las gestiones, a veces nos encontramos en lugares de resistencia. Bueno, incluso dentro del Estado, "bancar los trapos acá", chicas, qué sé yo… Hoy por hoy todavía seguimos autorizando el uso de misoprostol y de mifepristona, tenemos una planilla que tenemos que autorizar todo el tiempo, lo que se usa, lo que sale. Hablando de limpiar, no tengo… Un perno eso, porque es un trabajo súper… Burocrático, re burocrático, repetitivo, horrible, pero hay que hacerlo para que las farmacias repongan la medicación y eso esté disponible. Entonces, en un momento, eso fue un lugar de resistencia (...) entonces, me parece que tenemos que identificar como cuáles son esos puntos vulnerables que tenemos para fortalecernos ahí y, bueno… Por lo menos tratar de que no caiga, no dejar que caiga lo conquistado (Rosaura, funcionaria de Santa Fe, 2023).

El testimonio de Rosaura nos alerta sobre aspectos que en ocasiones permanecen invisibilizados y que hacen a la accesibilidad, pero, sobre todo, a las condiciones profesionales de existencia. Son lxs agentes de salud quienes luego en sus ámbitos de trabajo se ven implicados o sujetos a limitaciones en su quehacer cotidiano en los CAP, aspecto reconocido por Rosaura:

> Y se arma un quilombo porque se pelea el del centro de salud con la farmacia del hospital porque no le mandan la medicación. Y de la farmacia del hospital le dicen que las autorizaciones no están, entonces que yo no le puedo mandar la medicación sin la autorización. Y ¿qué pasa? Un colapso. Y el del centro de salud que dice, "bueno, loco, ¿sabés qué? Yo no entiendo más de estas situaciones, porque al final no me mandan la medicación". Esto que vos decías, no hay insumo, ¿por qué? Y porque no está la pirulita que hace el trabajito burocrático de poner autorizado, corresponde, corresponde, no corresponde, adecuado, adecuada, por una pelotudez (Rosaura, funcionaria de Santa Fe, 2023).

El paso por la pandemia de Covid-19 constituye otro de los ejemplos paradigmáticos donde quedó en evidencia cómo la política pública determina las áreas prioritarias de acción y en este caso, desatiende otras, como sucedió en materia de salud sexual. Una funcionaria lo explicitaba:

> (...) sobretodo en los primeros 8 meses del 2020, fue casi imposible contar con áreas con las que podamos sentar a trabajar sobre cuestiones que no eran Covid (Melina, funcionaria de Santa Fe).

La emergencia del COVID impacta en el ejercicio profesional. La desorientación primó en esos primeros meses, pero también las funciones y modos de atención en los CAP. La asistencia se anuló y algunos operaron como centro de hisopados. Así lo recuperaba un médico generalista:

> En pandemia, bueno, al principio estábamos perdidos, entonces al principio se cortó toda la asistencia, como de golpe, digamos, y después de poquito se fue abriendo. Con todo protocolo, obviamente, triage para ver cuál era el motivo de la consulta, para qué venían, se trataba de descartar que no sea sintomático respiratorio, para no tener contacto y todo eso. Y los trabajadores obviamente todos vestidos con su equipo de protección. Después también nos transformamos en un centro de hisopados. En realidad, me pidieron a mí que haga hisopados, y entonces por eso también se cambió bastante la atención. Pasé de hacer asistencia, digamos, a hisopar (Carlos, médico generalista, 2023).

La falta de insumos, por ejemplo, de anticonceptivos inyectables fue identificada como problemática acuciante en ese período, tanto por la gestión como por lxs agentes sanitarios. La discontinuidad tuvo consecuencias en emergencia de embarazos no deseados:

> Sí, en el sistema de salud, las instituciones, volviendo a un poco ahí, digo, las problemáticas de falta de insumos, para arriba y abajo. Sí, sí, sí, y la falta de... Sí, de insumos, la discontinuidad de insumos también. Por ejemplo, a ver, una cuestión muy concreta, y también, en lo que es inyectables, por ejemplo, en anticoncepción inyectable, el laboratorio que hace los inyectables es de México, y se abocó más a la producción de vacunas y de otras medicaciones en la época de COVID. Se discontinuaron los inyectables, no tenemos inyectables desde el 2020, estamos con falta de acceso a los inyectables, no hay anticoncepción de inyectables trimestrales o mensuales (Rosaura, funcionaria de Santa Fe, 2023).

> Ah, sí, no había inyectables en un tiempo, no hubo inyectables un tiempo largo (...) Ahora que me acuerdo, me hiciste acordar. Hubo como dos o tres meses que no hubo inyectables y hubo varios embarazos no deseados por ese asunto. Sí, sí que yo estaba con los pelos volados (Josefina, Médica Generalista, 2023).

Asimismo, la imposibilidad de concurrencia de lxs usuarios a los centros de salud, dadas las medidas vinculadas al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) como la Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), también derivó en la discontinuidad de controles y prácticas de promoción y prevención de la salud sexual.

> Eso sí hubo un notable abandono, entre comillas, de todo eso. O sea, como la gente no podía asistir al centro de salud, los PAP se dejaron de hacer. Hubo esos dos años, yo creo que fueron, si ustedes hacen una encuesta o buscan datos, van a encontrar el menor índice de PAP de toda la historia, supongo. Porque no se hizo más nada. Retomamos recién bien bien en 2022, con el año pasado (Josefina, médica generalista, 2023).

El caso del aborto medicalizado resulta una de las expresiones paradigmáticas respecto a cómo las transformaciones jurídicas y las políticas públicas de salud sexual asociadas impactan en las prácticas profesionales –principalmente a lo largo de los últimos doce años. El aborto autorizado por causales relacionados con la salud y por causal violación es legal desde 1920, sin embargo, la acreditación de éstos fue por muchos años restringida y poco clara en términos de procedimiento. Además de la doble interpretación que permitía el artículo 86 del Código Penal en torno a la violación como vivencia autorizante. Los causales vinculados a la salud se centraban en el peligro de muerte de la persona embarazada y aún en ese caso, muchxs profesionalxs médicxs se negaban a realizar la práctica[3]. El Fallo F.A.L. de 2012 (CSJN, 13/03/2012) señaló como irrazonable la interpretación de que solo serían legales los embarazos producto de una violación sobre mujeres discapacitadas y estableció que forzar a una víctima de abuso sexual a llevar a término un embarazo producido por dicho abuso contraria el principio base de dignidad de las personas (Medici, 2021)[4]. Estas modificaciones jurídicas representan también cambios en las prácticas demandadas a lxs profesionales de la salud, tal como podemos leer en el testimonio de Claudia:

> (...) ginecología fue como de las especialidades que más tuvimos que cambiar. Desde que yo empecé a hacer ginecología a hoy, que son 20 años, pero no es tanto tiempo, muchísimo. Nuestra mente, nosotros. Vos imaginate que cuando yo empecé en el hospital a hacer la especialidad, venía una paciente que sospechábamos un aborto y la denunciábamos, ¿no? Venía un policía y le hacía un acta, después, bueno, tenían que ver cómo seguía o no. Yo conocí en el hospital una mujer que estaba con una causa por aborto, porque la mujer agarró una percha, la abrió y se metió en el útero porque nadie le ayudaba y bueno, terminó grave, qué sé yo, pero vivió, ella tenía una causa (...) Bueno, pasar de eso, de esa concepción del aborto es malo, es delito, a hoy es un derecho. Yo creo que es impresionante (Claudia, médica, 2023).

3 Es paradigmático en este sentido el caso de Ana María Acevedo, una joven santafesina de 20 años que muere en mayo de 2007 por un cáncer maxilar, tras negársele en el entonces Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe un aborto terapéutico y demorarse su tratamiento oncológico por el efecto pernicioso que tendría sobre el feto (Lubertino Beltrán, 2023).

4 El fallo no impacta en la ilegalidad de la práctica, pero sí es efectivo en establecer que las víctimas de violación pueden acceder a la interrupción del embarazo legal en un servicio de salud pública, tengan o no una discapacidad. Aclara además que no es necesaria una autorización judicial para la realización de la práctica, ya que con la concurrencia de las circunstancias que autorizan el aborto no punible, este se configura como derecho (Monte, 2018: 6).

El "paso" al que refiere Claudia resultó clave para el desarrollo de prácticas en el ejercicio de derechos no reproductivos, pero operó también como amparo subjetivo en los vínculos ante situaciones vividas en el terreno de la ilegalidad cuasi criminal:

> (...) Cuando todavía no estaba legislado... Nosotros en Santa Fe siempre trabajamos, bueno, siempre desde que yo estaba haciendo la residencia, que me empecé a interiorizar en las situaciones de ILE, decíamos interrupción legal del embarazo. Entonces se podía acceder de la misma forma que ahora, pero siempre elaborando una causal. (...) Entonces era como que todavía estaba ahí en esa zona gris, viste muchas personas todavía lo veían como algo, ilegal, había mucho tabú mucho objetor de conciencia que en realidad no era objetor porque no había firmado. Y bueno, todavía estaba como medio en tabú ese tema (Dalia, ginecóloga, 2023).

> Sí, pero en ese momento lo tomás como muy personal, aparte como que todavía había un montón de médicos, la mayoría te diría que eran objetores de conciencia y nada, era una persecuta para los que no éramos objetores de conciencia, como que la mirada estaba clavada ahí. Y nada, se sintió un poco incómodo (...) (Josefina, Médica Generalista, 2023).

En general, lxs profesionales médicxs no identifican haber sufrido persecución o malos tratos en función de su posición de garantizar el acceso a la interrupción del embarazo desde la sanción de la Ley 27.610. Sin embargo, relatan la vivencia de situaciones de este tipo en la atención de ILEs bajo la regulación previa:

> Me pasó, no en Yapeyú donde estoy, pero sí, en el otro centro de salud de Las Flores, cuando todavía no estaba legislado (...) Bueno y recibí una niña de 15 años que había sido acompañada por una socorrista (...) No había ido con su mamá, porque tenía una mala relación. Ella tenía mucha confianza con este equipo, estas chicas, así que ella fue su acompañante, su tutora. Yo le entrego la medicación, le explico todo cómo se hace el tratamiento, todos los signos de alarma y que en caso de alguna de estas situaciones de alarma tenía que consultar en el hospital. Presentó una hemorragia aparentemente y consulta en el Hospital Cullen, que es un hospital de urgencias, y la administrativa cuando la recibe, que le toma los datos, se ve que no estaba de acuerdo y la expuso. Y le preguntó quién

era la médica que le había indicado el tratamiento. Y estaba también personal policial ahí, que hay siempre en las guardias, y también se involucró el policía. Y preguntaron mis datos, y es como que generaron cierta cuestión de apriete con la chica. Entonces ella dijo, que había sido en tal centro de salud con tal médica. A los días, estoy trabajando en mi centro de salud y se acerca un chico que se presenta como un periodista, de una radio de acá, de Santa Fe. Y me dice de si yo conocía a tal paciente, y me da nombre (...) Porque esta persona estuvo en la guardia del Hospital Cullen y quería hacerse un aborto, dice. Y bueno, la administrativa le dijo que eso lo iba a denunciar, porque era ilegal y que no se podía hacer. Y el chico, el periodista, me pedía información a mí del paciente. De la radio, o sea, nada que ver (Dalia, médica generalista y de familia, 2023).

En otra posicionalidad, Carlos recordaba su rol como denunciante en el pasado, pero también su propia "transformación", frente a eventos ante los cuales

> No sabía nada. Porque en la facultad nadie te lo cuenta, nadie te lo dice. Y en la residencia en la que yo estaba tampoco se hablaba, porque pensábamos que no era algo que nos iba a tocar a nosotros (Carlos, médico generalista, 2023).

Carlos continúa su relato:

> Me ha tocado, no denunciar, digamos, porque nosotros éramos residentes y el que tenía que denunciar era el médico de planta, porque nos ha tocado situaciones en las que se llaman pacientes con abortos en proceso y tenemos que llamarle al médico de planta y contarle. El médico de planta iba a la denuncia, todas esas cuestiones. Sí, en el 2011, 2012. Era duro eso (...) denunciaban igual. O sea, se la asistía, se la maltrataba en la asistencia (Carlos, médico generalista, 2023).

Josefina ha vivido situaciones de hostigamiento por garantizar la práctica. Como puede advertirse también en los relatos de Claudia y Yanina, el aborto como tabú, como práctica vinculada a la ilegalidad, también posicionaba a lxs profesiones en esos territorios, dificultando los vínculos entre éstxs, mediadas por sensaciones de soledad y malestar, efecto de prácticas persecutorias. De aquí, que la sanción de la Ley n°27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), haya sido no sólo un hito en términos de derechos sexuales, de reivindicación de la soberanía de los cuerpos y para la lucha sostenida de los feminismos, sino que ha impactado en los *habitus* y las tramas intersubjetivas que se gestan en los centros, constituyéndose en un antes y un después en la práctica:

> Médica: Y sí, antes teníamos ahí una persona que trabajaba acá en el laboratorio, que, bueno, un señor, que se jubiló, pero bueno, tenía unas ideales bastante rígidos, no sé cómo explicarlo, rígidos, religiosos, no sé yo. Y cuando surgió todo el tema este del aborto legal y demás, uff, fue terrible. Encima yo, bueno, era la única generalista, y estábamos con el otro gobierno socialista, que fue el que más, digamos, puso en agenda todo esto de la IVE, digamos. Entonces, todo el tiempo estaban capacitándonos, sobre todo las generalistas, que éramos los que más accedíamos al tema, porque tanto la pediatra como la clínica están en contra. O sea, tuve un momento que estaba todo el centro de salud en contra. Y me miraban como a la abortera, ¿me entendés? Horrible. Es más, este tipo fue, hizo una nota denunciándome y la presentaron al Ministerio de Salud, que se le mataron de la risa porque ellos mismos me estaban capacitando a mí para hacer la práctica, ¿me entendés? Pero bueno, imaginate las intenciones que tenía. Fue horrible en esa época. Muy difícil. Trabajar sola en eso fue feo.
> Entrevistadoras: ¿Y ahora, pos-legalización, digamos, sentís que hay más libertad, o sea, que realmente cambió mucho?
> Médica: Fue un antes y un después. Antes teníamos que, "necesitamos misoprostol" [en voz bien baja]. Y ahora no, todo el mundo, o sea, bueno, se necesita, al que le gusta bien y al que no, no (Josefina, médica generalista, 2023).

En el relato de Carlos, también puede advertirse cómo previo a la sanción de la Ley, el aborto no punible y las estrategias desplegadas para atender a la demanda de la población, recaían en lxs profesionales y en los vínculos con la gestión provincial, que en el caso santafecino fue de vanguardia en la provisión de medicación y estrategias asociadas para la atención:

> Médico: Desde la gestión, se empezó a hacer capacitación en todas esas cuestiones, digamos. Pero al principio nadie hablaba, nadie hacía nada (...) Entonces, al principio, era todo medio clandestino, digamos. Compraban, no sé quién lo compraba, el misoprostol… El Oxaprost en ese momento, el misoprostol con diclofenac (…) Y después a la paciente explicarle cómo abrir la cápsula. Porque tenía el misoprostol por fuera y el diclofenac por dentro. Porque el misoprostol funcionaba como protector gástrico. Le dábamos un bisturí para que haga el cortecito. Que no se corten los dedos, esa cuestión era todo muy artesanal. Y me tocó, bueno, primero ir a pedirlo allá a la región. Que ahora es el NOA, en su momento era el Nodo. Ahora es la región que funcionaba, donde estaba el ex hospital italiano. Después me tocó tener que ir al... Al Iturraspe. Pero no a la farmacia de Iturraspe. Tenía que ir al Iturraspe y hablar con el consejo de administración (…) teníamos que ir y buscarlo nosotros. Y bueno, y después hasta que fue evolucionando toda esta cuestión. Pero después vino un laboratorio nacional. No me acuerdo el nombre del laboratorio, que

> lo producía ya misoprostol solo. Y después, bueno, llegó el momento en que el LIF [Laboratorio Industrial Farmacéutico] lo empezó a producir (Carlos, médico generalista, 2023).

Como hemos visto, los relatos de lxs profesionales médicxs relatan que la provincia de Santa Fe comienza a motorizar instancias de capacitación y gestión de recursos para garantizar el acceso al aborto legal antes de la Ley 27.610 (reglamentada en enero de 2021), a partir de los lineamientos de la "Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles" de 2007 y 2010, y el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo" de 2015 y 2019:

> El gobierno socialista siempre fue muy, muy, como progresista con eso, y nos incentivó, y nos consiguió la medicación, y nos dio muchas capacitaciones (...) En qué año empezamos, no tengo idea, pero sí, mucho antes de que fuera ley. Nosotros hacíamos los causales y todo, se llenaba una historia clínica bien, bien, con mucho hincapié de los causales". (Claudia, médica, 2023)
> Médico: Y después hice el clic acá, cuando tuve que venir, que vino una paciente a pedirme directamente que no quería continuar con el embarazo, que estaba desesperada, que no sabía qué hacer, esto y lo otro. Y bueno, ahí de a poco tuve que ir buscando y contactándome, informándome. Y después, desde la gestión, se empezó a hacer capacitación en todas esas cuestiones, digamos. (...) Bueno, fue una época en la que la gestión empezó a hacer capacitaciones.
> Entrevistadoras: ¿Socialismo, no?
> Médico: En ese momento. Sí, sí. Era...Miguel Cappiello, Ministro de Salud. Y bueno, Débora Ferrandini, era Secretaria de Salud en ese momento. (...) Muy capaz y formadora. Daniel Tepas estaba en la Dirección de Salud Sexual (Carlos, médico generalista, 2023).

Como hemos referido, el aborto opera como uno de los ejemplos paradigmáticos que visibiliza los vínculos entre política pública y el ejercicio de las prácticas profesionales en relación directa con la garantía del acceso a derechos sexuales. En la provincia de Santa Fe, lxs propixs funcionarixs advierten la importancia de las políticas, de la formación en perspectiva de género y particularmente en el caso de IVE-ILE, la sanción de una ley que vino a democratizar el acceso y a garantizar prácticas que con antelación tenían serias consecuencias para las personas con capacidad de gestar (muertes prematuras, lesiones uterinas, criminalización y privación de la libertad).

> Yo creo que comparando con otras jurisdicciones la provincia tenía muchos más avances y más fortalezas, sobre todo en una red de atención. Profesionales con formación, con perspectiva de género, eso claramente ayuda muchísimo a la hora de implementar políticas como las que trabajamos nosotras, pero también lo que notamos es que es 2021 hubo mucho recambio de profesionales. Muchos movimientos ehh, en los equipos y eso también generó una serie de dificultades ¿no?, a la hora de poder dar respuesta pensando específicamente en la IVE-ILE que son prácticas que, si bien hoy la red está mucho más fortalecida, la ley vino a ampliar enormemente la disponibilidad de profesionales y de equipo de salud que pueden brindar la práctica. Pero en 2020 estábamos en serias dificultades, sobre todo para dar respuesta a las intervenciones de edades gestacionales más avanzadas (Melina, funcionaria de Santa Fe).

La implementación de las políticas no se da en términos de aplicabilidad. Como hemos podido advertir, ello involucra múltiples esferas y en particular a lxs profesionales y las especificidades territoriales. Esto es reconocido por funcionarias:

> Yo creo que en general las prácticas de salud sexual, no todas quizás, algunas más que otras, se han logrado instalar como prioritarias y hay rutas como de acceso más facilitado. Obvio esto que te digo, no sucede lo mismo en Venado Tuerto, en Rosario o en Tostado, claramente que no, y ahí tenemos que mirar sobre todo pensando en la equidad, pensando también en el contexto ¿no? Porque nosotras no podemos visualizar procesos de atención, que nosotras visualizamos y monitoreamos, y acompañamos y con los cuales trabajamos escindidos del resto. Digo, hay un contexto por el cual está, porque la salud es una sola, digo, hoy a veces pensamos "bueno la ecografía para ILE está priorizada y no se demora más de 48 hrs.". Pero la ecografía de una embarazada, que requiere el control y que para cumplir con los protocolos establecidos tiene que ser en tal semana, tal control, y quizás no se están cumpliendo. Entonces cuando ponemos en contexto y contrastamos, yo creo que hay que trabajar fuertemente el acceso para todos los programas (...) (Melina, funcionaria de Santa Fe).

Los territorios imponen sus propias lógicas y en los casos estudiados lxs profesionales no son oriundxs de los barrios en los cuales trabajan. Los vínculos son parte fundamental, no sólo para salir de los centros y desarrollar acciones de promoción de la salud sino también para garantizar el seguimiento de casos concretos, acompañar esas atenciones y garantizar articulaciones con otras instituciones (gubernamentales, judiciales, policiales, por ejemplo), –tal como hemos advertido y se ha abordado en el capítulo anterior como aspecto identificado que opera como obstaculizador de accesibilidad–. Si bien las regulaciones estatales formales transforman los modos de ejercicio de las prácticas, ello debe comprenderse en un marco más amplio donde participan también las lógicas territoriales, la disponibilidad de recursos, las condiciones profesionales de existencia, la formación y capacitación continua, el trabajo en

red y la existencia o no de instancias de supervisión y covisión de las prácticas asociadas a la garantía de derechos.

Reflexiones finales

A lo largo del capítulo nos hemos propuesto describir y analizar lo que hemos comprendido en términos de condiciones laborales de existencia, es decir, los *habitus* profesionales en entramados materiales que operan y participan –la mayoría de las veces como parte de una experiencia práctica que se antepone a la reflexividad– en las formas en que estxs profesionales actúan, se reconocen y desarrollan sus prácticas en el ámbito del derecho y la salud sexual. A los relatos de profesionales también hemos sumado testimonios de funcionarias, quienes permiten comprender situaciones de manera macro, identificando problemáticas y demandas. Son quienes también realizan una labor permanente que involucra a estxs agentes, en los marcos de la coyuntura, con la política pública vigente y construyendo también modos de pensar y abordar la salud.

En la primera parte, nos abocamos a repensar las condiciones laborales y contractuales, los vínculos de estxs profesionales con otrxs sujetxs de la red de salud pública, los modos de estrechar redes formales e informales, como así también las autopercepciones y posicionamientos subjetivos frente a sus prácticas y desarrollo laboral y profesional. Hemos identificado condiciones de multiempleo, soledad y sobrecarga en sus quehaceres con incidencia en los modos de producir buenas prácticas en salud, aspecto clave en los modos de abordar la accesibilidad en salud sexual. De aquí que, la incorporación de una ética del cuidado sea introducida como un aspecto nodal a considerar y trabajar: "Rescatar la articulación entre el cuidado de sí, de otros e institucional como andamio fundamental para el sostén de la salud mental en el espacio de cuidado, dimensiones que no solo deben registrarse ante la urgencia" (De la Aldea, 2019: 85). Salud mental pero también promoción de espacios de sostenimiento colectivo, como facilitadores para la producción de accesibilidad. Cuando éstos no existen o se ven socavados, impactan en los modos de advertir el trabajo (de manera alienante) y lo tornan hostil, limitando movimientos instituyentes o significativos para sus vidas y quehaceres.

En una segunda instancia, consideramos el impacto de la política pública y el marco legal en las prácticas de lxs profesionales. La experiencia del paso por la pandemia por COVID-19 estuvo caracterizada por la desatención de problemáticas de salud sexual, por la realización de controles, estudios diagnósticos y consultas relacionadas casi exclusivamente al COVID-19, por la merma de insumos y por discontinuidades en la provisión de métodos anticonceptivos con consecuencias no deseadas, entre otras problemáticas. Ello demuestra la importancia de la decisión política para las prácticas en salud y particularmente para el abordaje y cuidado de la salud sexual con consecuencias relativas a la vulneración de derechos. La Ley 27.610 de Interrupción del embarazo, también resulta significativa para reparar en ello. Su sanción ha tenido impacto en los posicionamientos subjetivos, amparos y modos de trabajo al interior de los CAP, con otrxs profesionales y subsectores. El pasaje, el antes y después de la Ley, ha operado de modo tangencial en las prácticas. A su vez, como hemos recorrido, permite advertir cómo la aplicabilidad de la política no se encuentra garantizada meramente por su marco normativo-legal, sino que requiere ser repensada a la luz de los enclaves territoriales.

Bibliografía

Bourdieu, P. (1991) *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

Castro, R.; Eviti, J. (2009) Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. Ponencia presentada en el *Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos.* Río de Janeiro, Brasil, del 11 al 14 de junio de 2009.

Castro, R.; Erviti, J. (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

De la Aldea, E. (2014) La subjetividad heroica. En *Cuadernos "Talleres Cuidar al que Cuida*". Año 1 n°1, pp. 7-26. Buenos Aires: Editorial los talleres.

Fernández, A. M.; López, M. (2005) Vulnerabilización de los jóvenes en argentina: política y subjetividad. *Nómadas*, N° 23, pp. 132-139.

Lavarello, M. L. y Orleans, C. (2021) Estrategias y políticas de cuidado de las/os trabajadoras/es de la salud. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas de Reflexión sobre abordajes de las violencias en Salud, Dirección contra las Violencias en el ámbito de la Salud Pública y Dirección de Prevención y Atención de las violencias familiares y de Género, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, noviembre 2021.

Lubertino Beltrán, M. J. (2023) *Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, incluido el derecho al aborto, como derechos humanos y derechos personalísimos*. Buenos Aires: EUDEBA.

Marx, C. (1859) Prólogo a la Contribución a la Crítica de la Economía Política. Disponible en http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/prologo-de-la-contribucion-a-la-critica-de-la-economia-politica-marx.pdf

Medici, C. (2021) El fallo "F.A.L." a través de las críticas feministas al derecho. *Derecho y Ciencias Sociales,* n°25.45-60. ISSN 1852-2971. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional de La Plata.

Monte, M. E. (2018) Aborto, abuso sexual y control médico. La sentencia de la Corte Suprema Argentina en F.A.L. y el backlash judicial en la provincia de Córdoba. *Crítica y Resistencias. Revista de conflictos sociales latinoamericanos.* N° 7, pp. 107-121. Disponible en https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/101070/CONICET_Digital_Nro.c338705d-598e-4fb1-97a9-fd24c2b03f3d_A.pdf?sequence=2

Serantes, A.; Riveros, B.; Bottinelli M. M. (2022) Escuela pública y trabajo docente: interpelaciones en condiciones de pandemia. En Zaldúa, G.; Bottinelli, M. M.; Lenta, M. M. (coord.) *Salud mental comunitaria y pandemia*, pp. 75-86. Buenos Aires: Teseo.

Capítulo 11

La calidad en el acceso al derecho al aborto desde una perspectiva relacional. Barreras, intervenciones y dispositivos en la Provincia de Mendoza

Lucas Marucci y Romina Accossatto

Introducción

A finales del año 2020 la sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), impulsada por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito[1], amplió el horizonte de derechos y posibilitó la implementación de políticas públicas tendientes a garantizar el acceso al aborto. Sin embargo, las desigualdades e inequidades en el acceso y las barreras que lo determinan no han desaparecido, en algunos sitios se han mitigado y en otros lugares siguen siendo un problema crítico (Ramos *et al*. 2022). En el caso de la provincia de Mendoza, el acceso al derecho al aborto en el sistema de salud ha encontrado profundas limitaciones y resistencias asentadas en prácticas y entramados institucionales conservadores (Anzorena, 2006; Accossatto y Marucci, 2022). Hasta 2018 acceder a una Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el sistema de salud fue algo excepcional no exento de actos discriminatorios, maniobras dilatorias, medidas judiciales e intervenciones excesivas de comités de bioética. En ese mismo año, luego de la publicación del Protocolo provincial para la atención integral de personas con derecho a la

1 La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito es una alianza federal amplia de organizaciones y personas lanzada el 28 de mayo de 2005 con el objetivo central de bregar por la legalización del aborto voluntario en Argentina y, más ampliamente, por los derechos sexuales y reproductivos bajo el triple lema "educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir" (Campaña, 2023).

ILE, se oficializa el primer servicio del sector público que garantiza su acceso en el Hospital L. Lagomaggiore (hospital de referencia provincial). En 2019, se suma el Hospital R. Carrillo y durante el año 2020 otros diez efectores (Accossatto y Marucci, 2024). Antes de la sanción de la Ley 27.610, sólo el 3,7 % de los efectores públicos que brindaban prácticas y asesoramiento en salud sexual y reproductiva garantizaban el acceso a la ILE (DNSSYR, 2021). En 2022, Mendoza fue la segunda provincia después de Chaco con la tasa más baja de servicios de IVE/ILE del país (3 por cada 100.000 habitantes) y registró un aumento significativo, pasando de 13 efectores en 2022 a 69 en 2023 (Proyecto Mirar, 2024). Sin embargo, desde 2021 a octubre de 2023 en la provincia se han reportado 10.463 ILE/IVE, lo que la ubica dentro de las jurisdicciones con mayor cantidad de abortos legales realizados por cantidad de habitantes superando incluso el promedio nacional (DNSSYR, 2023).

A partir del recorrido que muestran los datos disponibles, el presente capítulo se plantea el objetivo general de analizar el ejercicio del derecho al aborto en relación con la accesibilidad a los servicios de salud en contextos de pandemia y post pandemia por COVID-19 en la provincia de Mendoza, Argentina.

Existen múltiples enfoques que han teorizado y problematizado el concepto de accesibilidad a los servicios de salud. En ellos prevalece el análisis respecto a la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Sin embargo, algunxs autorxs sostienen que el problema de este enfoque es que "invisibiliza el hecho de que los usuarios también son constructores de accesibilidad y que las condiciones y representaciones de los sujetos se manifiestan en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Comes y colaboradoras, 2007). Definen la accesibilidad como el vínculo que se construye entre lxs sujetos y los servicios a partir de una combinatoria entre las "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner *et al.*, 2000). De modo que entienden a la accesibilidad como el encuentro entre personas usuarias y los servicios, concibiendo este concepto desde una perspectiva integral y relacional. Otros enfoques advierten que la accesibilidad es una dimensión que hace a la calidad de atención (OMS, 2022). Se entiende por atención con estándares de calidad aquella que es eficaz, eficiente, accesible, aceptable/centrada en lxs pacientes, equitativa y segura durante todo el proceso de atención. Con relación al aborto, va desde el acceso a la información hasta la atención posaborto, incluyendo el nivel de satisfacción de las personas que accedieron a este derecho (OMS, 2022). En

este sentido, uno de los problemas que se detecta en los documentos oficiales de monitoreo y evaluación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva vinculado a la categoría de accesibilidad, es que los indicadores disponibles no permiten analizar su dimensión relacional y se centran principalmente en aspectos vinculados a la oferta de servicios.

Teniendo en cuenta estos debates nos proponemos, por un lado, identificar las principales barreras de acceso a los servicios de IVE/ILE para el cumplimiento efectivo del derecho al aborto y, por el otro, reconocer intervenciones y dispositivos desarrollados a nivel estatal y por las organizaciones feministas para garantizar su acceso.

Como anticipaciones de sentido, sostenemos que, si bien el acceso al derecho al aborto en el sistema de salud de Mendoza ha mejorado a partir de la sanción de la Ley 27.610, aún persisten numerosas barreras para su cumplimiento efectivo. En este contexto, las intervenciones y dispositivos desarrollados a nivel estatal y por organizaciones feministas se constituyen como elementos centrales para garantizar el acceso efectivo.

El presente trabajo combina diferentes estrategias metodológicas y técnicas de recolección de información. Se analizaron las entrevistas en profundidad correspondientes al nodo Mendoza realizadas en el marco del proyecto "Derechos sexuales y accesibilidad a los servicios de salud. Un estudio comparativo en territorios vulnerabilizados del área metropolitana de Buenos Aires, Mendoza y Santa Fe, en situación de pandemia y post pandemia" que da origen a este libro. De estas entrevistas se analizaron las realizadas a funcionarias del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes y a integrantes de la organización Líbera Abogacía Feminista. Para el desarrollo de este capítulo específicamente también llevamos a cabo observaciones participantes en reuniones de profesionales de salud y activistas: Encuentro de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir Regional Mendoza (11 de mayo de 2024) "Conversatorio construir estrategias territoriales de implementación IVE ILE frente al desfinanciamiento de la 27610"; Reuniones de la Mesa IVE/IVE Mendoza (mayo a diciembre 2023); y Encuentros de la Red Federal de Monitoreantes de la Ley 27.610 (febrero a diciembre 2023). Además, realizamos análisis de documentos gubernamentales, legislaciones, resoluciones, guías, protocolos, reportes, archivos periodísticos, documentos y materiales elaborados por la organización Líbera Abogacía Feminista.

El capítulo se encuentra estructurado en tres apartados. En el primero de ellos, se identifican las principales barreras de acceso a los servicios de IVE/ILE. En el segundo, se abordan las acciones, intervenciones y dispositivos

desarrollados a nivel estatal y por la organización Líbera Abogacía Feminista para garantizar su acceso. Finalmente, en el último apartado se presentan las conclusiones y reflexiones finales.

La multidimensionalidad de las barreras de acceso a los servicios de IVE/ILE

La política nacional de salud sexual y reproductiva cuenta con una trayectoria de 20 años de implementación. Desde el año 2002, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva trabaja en conjunto con todas las jurisdicciones del país en la ampliación de derechos. La complejidad y heterogeneidad territorial representa un desafío tanto para la promoción del acceso universal a la salud sexual y reproductiva, como para el seguimiento y monitoreo de la implementación de la política pública en los distintos territorios (DNSSYR, 2020).

A partir de fuentes primarias y secundarias, identificamos las barreras de acceso a los servicios de IVE/ILE considerando tres dimensiones para su análisis: simbólicas, geográficas y organizacionales. La dimensión simbólica hace referencia al imaginario social y a las representaciones presentes en los servicios de salud y la comunidad. La dimensión geográfica está relacionada con la disponibilidad de servicios de salud de calidad dentro de un alcance razonable para quienes los necesitan. La dimensión organizacional está determinada por la organización y prestación adecuada de servicios de salud. Si bien se mencionan por separado es necesario considerar su complejidad e interseccionalidad al momento de determinar el acceso a los servicios.

Barreras simbólicas

En Mendoza el reclamo por una institucionalización del aborto legal es de larga data. Desde 2006, año en que se hizo público el primer caso de solicitud de acceso a un Aborto No Punible (ANP) en Mendoza (en diario Página 12 en el año 2006), una de las principales demandas de las organizaciones feministas a las autoridades sanitarias locales y al Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR) fue la solicitud de formulación o adhesión a las guías técnicas y protocolos nacionales (Accossato y Marucci, 2022).

Este organismo gubernamental creado en el año 1998, a partir de la Ley Provincial N° 6.433 de Salud Reproductiva, es el encargado de promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en la provincia. Si bien la emergencia del PPSR fue un avance significativo, en sus orígenes no logró trascender la concepción que porta el Estado acerca de la sexualidad unida a la prevención, la procreación y la heterosexualidad obligatoria como normas. En gran medida sus políticas públicas estuvieron dirigidas a personas que se adecuan con los estereotipos patriarcales de sexualidad y prácticas reproductivas esperadas dentro de la matriz heteropatriarcal, de manera que excluyen, invisibilizan y niegan toda posibilidad de diversidad y prácticas sexuales independientes de la procreación (Anzorena, 2006). En relación con el acceso al aborto, la Ley 6.433 de creación del PPSR destaca entre sus objetivos proteger la vida desde el momento de la concepción, promover el desarrollo integral de la familia y evitar los abortos provocados. La clandestinidad y la criminalización de la práctica del aborto formó parte de las instituciones del Estado. Esta perspectiva a lo largo del tiempo ha condicionado las acciones del PPSR y de los servicios de salud y se ha traducido muchas veces en la imposibilidad de avanzar en la implementación de políticas públicas y estrategias para garantizar el acceso al derecho al aborto (Accossatto y Marucci, 2024).

> Hemos tenido muchas dificultades con respecto a la objeción de conciencia y con respecto a los prejuicios propios de los equipos de salud frente a brindar una atención adecuada, acorde a lo que cada persona decide o siente o quiere. Entonces, en este sentido, cuando se han explicitado las leyes, en algún punto se ha caminado esa trayectoria de decir: 'bueno, ya no es una cuestión de si vos querés o no'. No significa que a la hora de implementar no siga siendo dificultoso y no sigamos teniendo muchas resistencias (Yemina, funcionaria).

> En esto de sacarlo de la clandestinidad [al aborto] ha sido, hasta para nosotres, digamos una tarea, porque los profesionales –hasta los amigables– seguían como si [siguiéramos]en la ilegalidad. Fue como sacar un chip. Porque no, que los antiderechos no se van a enterar porque se van a venir. Como que siempre era y hasta muchas veces ha sido una respuesta del gobierno como: no, acá no hagamos tanta bulla porque vamos a terminar saltando la ficha (Fiorela, Líbera, entrevista).

> Mirá, la única barrera y la más peligrosa y la más difícil son los profesionales de la salud, cuando digo profesionales de la salud incluyo también a los agentes sanitarios, o sea personal, no voy a decir profesional, voy a decir personal de salud, ¿por qué? Porque muchas veces direccionan la información según sus creencias, según sus pensamientos, según lo que les interese. O sea que lo difícil y la traba fundamental en la provincia de Mendoza es el factor humano (Romina, funcionaria).

A lo largo de su trayectoria, el PPSR no ha logrado que todos los espacios institucionales destinados a efectivizar los recursos materiales y simbólicos

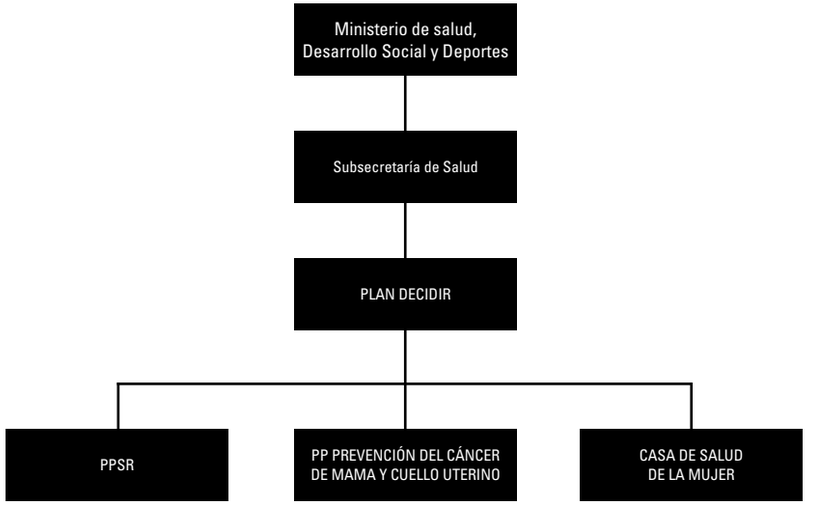
necesarios para el pleno acceso a los derechos sexuales y reproductivos tengan un peso propio en la estructura del Estado. Sus políticas públicas permanecen aún a merced de la voluntad política de lxs funcionarixs de turno (Marques, 2019). Esto se cristaliza en un abordaje característico en relación con el acceso al aborto donde la ejecución y planificación de esta política pública se encuentra vinculada casi exclusivamente a la voluntad y posicionamiento de sus autoridades. Si bien lxs distintxs referentes del PPSR han tenido un compromiso personal con el acceso al aborto, no han contado con todo el apoyo político ni los recursos institucionales para garantizar el acceso pleno en todo el territorio provincial (Accossatto y Marucci, 2024).

> Durante la pandemia creo que se visibilizan las barreras. Esto tiene que ver con que se visibiliza el modelo de atención en general. La atención de la salud reproductiva implica un cambio y una ruptura muy grande para equipos que están acostumbrados a trabajar con un modelo viejo (Vanesa, funcionaria).

> Por ejemplo, en el área de implementación de la IVE-ILE, pusieron a [una profesional] que venía de trabajar el tema en el Hospital Lagomaggiore. Si hubieran querido que no funcionara definitivamente por ahí hubieran puesto a otra persona. Porque sabían que ponían a una persona que venía trabajando el tema. A donde yo veo lo negativo y lo perverso por ahí de esta cuestión del sistema es de no terminar de dotar a esas personas del poder adecuado o del poder suficiente para lograr una respuesta más fluida del sistema (Lena, Líbera).

El decreto n°2.605 con fecha 9 de diciembre de 2015, publicado en el Boletín Oficial de la provincia de Mendoza, establece que el Programa comenzaría a funcionar bajo la órbita de la Dirección de Maternidad e Infancia, dependiente de la Subsecretaría de Salud del Ministerio. Actualmente, forma parte de un conjunto de Programas que dependen del Plan Decidir, creado por el Gobierno de Mendoza en el año 2017, con el objetivo de agrupar todas las políticas relacionadas con la salud de las mujeres. Se publicó en el Boletín Oficial de Mendoza el decreto n°1.045, en el cual se expresa que, si bien las mujeres son las mayores usuarias del Sistema de Salud, su incorporación ha sido históricamente abordada desde su rol reproductivo "En este sentido, la organización de las áreas y estructuras del Sistema de Salud ha acompañado esta lógica, como así también priorizado las intervenciones relacionadas con el binomio madre-hijo" (decreto N° 1.045).

Imagen 1: Organigrama Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes



Descripción: Organigrama del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza.
Fuente: Programa Provincial de Salud Reproductiva, Mendoza.

Hasta el año 2021, la provincia de Mendoza se ha caracterizado por la aplicación de políticas restrictivas en relación con el aborto en el ámbito del Estado: la negación de cumplimiento de abortos legales, la obstaculización a la adhesión al protocolo de Atención Integral para las personas con derecho a ILE, la prohibición de la venta de Misoprostol a partir de la Ley provincial 8.116 desde 2009 a 2021[2] como así también ordenanzas municipales para limitar el acceso a la ILE[3]. La sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la IVE a finales de 2020 posibilitó la implementación de servicios de IVE/ILE. Los antecedentes de políticas restrictivas en relación con el aborto, sumados al contexto sanitario impuesto por la Pandemia de COVID-19, condicionaron

2 La Ley provincial 8116/2009 que limitaba exclusivamente al ámbito institucional sanitario el expendio, suministro y fraccionamiento de fármacos que contengan el principio activo Misoprostol, fue puesta en vigencia en el año 2012. Continuó vigente, a pesar de la resolución 2018-946 de la Administración Nacional de Medicamentos y Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) que autorizó desde octubre de 2018 la venta ambulatoria de este fármaco en todas las farmacias del país.

3 Ordenanza N° 1944/2018 Protección de los Derechos de la Mujer Embarazada y de los Niños por Nacer. Boletín Oficial Honorable Concejo Deliberante de Malargüe. Esta ordenanza tiene por objetivo limitar el acceso a la ILE en el departamento de Malargüe en el sur provincial.

su implementación efectiva. La reorientación de los servicios de salud a la atención de casos de COVID-19 profundizó las barreras de acceso a derechos sexuales y reproductivos y visibilizó las condiciones de inequidad en el acceso a servicios que se dan al interior del sistema de salud.

Barreras geográficas

En Mendoza, desde el año 2018 hasta la actualidad, se ha reportado un número creciente de abortos realizados en condiciones legales y seguras en distintos efectores y niveles del sistema público de salud. Este aumento tiene relación directa con la implementación de la Guía Técnica para la Atención de Personas con Derecho a la ILE publicada en 2018 y la sanción de la Ley 27.610 de acceso a la IVE promulgada en 2021. La tasa de IVE/ILE realizadas cada mil mujeres en edad fértil incluso ha superado el promedio nacional en 2023 (DNSSYR, 2023). Sin embargo, esto se da en un contexto de escasez de efectores que guarda relación con la distribución geográfica de los servicios y el elevado número de profesionales objetores de conciencia en esos territorios.

> El acceso hoy, nosotros consideramos en Argentina, mal que mal está. Se ha implementado con éxito la estrategia y tiene que ver ahora mucho con pulir la calidad de atención (Vanesa, funcionaria).

> La cuestión de distancia geográfica muchas veces es por la existencia de obstaculizadores, de obstructores, y muchas veces es, por ejemplo, por cómo está hecho el sistema. La triangulación que tienen que ir a un centro de salud para hacerse una cosa, después ir a otro centro de salud para otra cosa, sumado al sistema de transporte, termina siendo todo una obstaculización (Analia, Libera).

La localización de los servicios de IVE/ILE en los principales centros urbanos genera condiciones de inequidad con relación a las zonas rurales, semirurales y los departamentos alejados del Gran Mendoza. Esta problemática tiene mayores consecuencias en los departamentos de gran superficie territorial, en donde solo existe un hospital o efector de salud que realiza la práctica o los estudios complementarios necesarios (Amnistía internacional, 2023). Asimismo, genera costos indebidos en las personas usuarias vinculados a los gastos de traslado, compra de medicamentos o realización de consultas y exámenes complementarios en servicios privados de salud para agilizar los tiempos de atención.

Barreras organizacionales

El protocolo de atención de IVE/ILE supone que todos lxs trabajadorxs de salud tienen un rol fundamental para brindar información y orientación. La intervención puede comprender el dar información, contención emocional, orientación, atención y derivación asistida en caso de ser necesario. Describe un circuito de atención que contiene una serie de etapas que podría sintetizarse en tres momentos: atención preaborto, atención del aborto y atención postaborto. En el año 2020 la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva por primera vez comenzó un proceso de identificación de los efectores de salud pública que realizan prácticas de IVE/ILE de acuerdo con los protocolos vigentes en todo el territorio nacional. Este registro permitió identificar aquellos servicios de salud que realizan la totalidad del proceso de atención, que incluye tanto el asesoramiento pre y post aborto, como la prescripción y dispensa de la medicación.

En Mendoza, estos servicios de IVE/ILE no se organizan en base a un criterio de planificación estratégica en el territorio. Esto determina que una importante cantidad de usuarias deba tomar contacto con múltiples profesionales y más de un efector para llevar adelante el proceso de atención. A esta situación se suma la deficiencia en materia de transparencia activa y campañas de información respecto a la problemática. Aún muchas mujeres de la provincia desconocen sus derechos, adónde acceder a la prestación, su gratuidad, quiénes están obligados a garantizar y en dónde se pueden realizar reclamos ante dilaciones o barreras en la realización de la práctica (Amnistía internacional, 2023).

La aspiración por vacío, así como el aborto con medicamentos se consideran procedimientos de primera elección para evacuar el contenido del útero antes de las 13 semanas de gestación. Las dos técnicas están recomendadas por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). La técnica de Aspiración Manual Endouterina tiene una tasa de éxito en el 98 % de los casos y reduce significativamente el riesgo de complicaciones, la pérdida de sangre, el dolor y las secuelas asociadas con el legrado. Esta técnica puede desarrollarse tanto en el primer nivel de atención como en el ámbito hospitalario. Sin embargo, en el periodo analizado identificamos que no es una técnica disponible en el primer nivel de atención. Su utilización está restringida al ámbito hospitalario y no como una técnica que pueda ser solicitada activamente por lxs usuarixs.

> Todos los departamentos tienen algún servicio de IVE/ILE, no de manera ideal. También se encuentran con restricciones de recursos materiales y humanos. No todos los centros de salud están equipados con laboratorio, farmacia y ecografía entonces por ende no todos los centros de salud están capacitados para realizar

> todo el proceso de atención. Esto sucede con un montón de otras prácticas. Por ejemplo con el control de un embarazo es lo mismo (Vanesa, funcinaria).

Funcionarixs, trabajadores de salud y organizaciones sociales coinciden en señalar que desde la sanción de la Ley 27.610 hay mayor nivel de respuesta en los servicios de salud del subsector de obras sociales y privados. Sin embargo, no existen relevamientos sistemáticos que den cuenta del número de servicios o prestadores por fuera del subsector público. Tampoco se cuenta con disposiciones normativas para que las obras sociales reporten las estadísticas de prácticas de aborto (Romero *et al.*, 2022).

> La diferencia que se ve en relación a pandemia, post pandemia hacia la actualidad es que se ha podido notar un mayor nivel de respuestas desde algunas obras sociales. Es decir, antes era como la nada. Llegaban casos de todos lados porque a las personas que tenían la obra social, no se les brindaba. Además, a la hora de derivar o de intentar articular con la obra social, no había con quién hablar, había un vacío muy grande (Fiorela, Libera, entrevista).

> La medicina privada es la que más ha costado hacer cumplir al pie de la letra estructuralmente el protocolo (Vanesa, funcionaria).

La eficacia y el alcance de las políticas en materia de salud sexual y reproductiva son desiguales en todo el país y para los diferentes sectores sociales. Esta heterogeneidad responde a componentes políticos e ideológicos propios de este tipo de políticas, así como a las insuficientes capacidades estatales para dar respuesta a los problemas sociales y de salud a través de sus instituciones (Anzorena, 2021). Además, las inequidades en salud existentes en Argentina se relacionan con la fragmentación del sistema de salud que reproduce y se sostiene sobre las desigualdades socioeconómicas. La pandemia por COVID-19 ha exacerbado las barreras de acceso, afectado la disponibilidad de personal de salud y magnificado los problemas de aceptabilidad y demanda de los servicios (OPS, 2023). En este contexto, las mujeres, lesbianas y trans residentes de zonas vulnerabilizadas del Sur global conforman uno de los grupos de personas más afectadas por la falta de accesibilidad a los servicios de salud sexual (Center for Reproductive Rights, 2021).

El caso del Área Sanitaria del departamento de Guaymallén

La multidimensionalidad de las barreras se inscribe a lo largo de todo el sistema sanitario provincial. Para ejemplificar el modo en que se ponen en juego las barreras simbólicas, geográficas y organizacionales en un territorio específico, tomamos como referencia el Área Sanitaria del departamento de Guaymallén, Mendoza[4]. Este departamento cuenta con 22 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependientes del Ministerio de Salud y Deportes de la provincia de Mendoza organizados en cinco zonas sanitarias. Cuenta con el Hospital Pediátrico H. Notti y el Hospital Escuela de Salud Mental "El Sauce".

Antes de la sanción de la Ley 27.610 este departamento no contaba con servicios que realizaran la práctica de ILE. A partir del nuevo marco normativo, en forma progresiva los efectores del departamento se han incorporado a la red de servicios que realizan la práctica de IVE/ILE. Sin embargo, la totalidad del procedimiento, que incluye tanto el asesoramiento pre y post aborto, como la prescripción y dispensa de medicación para la interrupción del embarazo, sólo se realiza en cinco de los veintidós efectores del departamento. Por una parte, esta disposición no sigue un criterio de planificación estratégica, sino que son los únicos efectores donde el personal no se declara objetor de conciencia. Por otra parte, los exámenes complementarios necesarios para realizar la práctica (análisis de laboratorio y ecografía) se encuentran disponibles en los centros de salud de referencia. Solo cuatro efectores del departamento cuentan con servicio de laboratorio de análisis y dos disponen de servicio de ecografía. No existen servicios de segundo nivel para la atención de casos de IVE/ILE que requieran llevarse a cabo en el marco de una internación. En estos casos es necesario articular acciones para su resolución en hospitales ubicados en otros departamentos del Gran Mendoza: Hospital Luis Lagomaggiore (Capital) y Hospital Dr. Ramón Carrillo (Las Heras) (Marucci, 2024).

Se sistematizó la información disponible en 391 historias clínicas de personas que accedieron a una IVE/ILE en los efectores donde se realiza la totalidad de la práctica. Se dispensaron un total de 461 tratamientos, la mayoría en efectores de los principales centros urbanos del departamento. Se identificó que el 16,8 % de los casos abordados corresponden a mujeres que residen en los distritos con características semi rurales del departamento (Puente de Hierro, Colonia Molina, Colonia Segovia, Los Corralitos, El Sauce, Kilómetro 8, La Primavera, Rodeo de la Cruz) y que el 72 % de los casos provenientes de estas zonas fueron resueltos en el CAPS N° 214 del distrito de San José en el

4 La provincia de Mendoza se encuentra dividida en 18 municipios y uno de sus principales centros urbanos es el Gran Mendoza que comprende los departamentos de Ciudad, Las Heras, Guaymallén, Godoy Cruz, Luján de Cuyo y Maipú (MSAL, 2022). Guaymallén es el departamento más poblado de la provincia con 321.371 habitantes (CENSO, 2022). Tiene un total de 21 distritos y presenta la complejidad de un territorio con características residenciales urbanas, semi rurales y agrícolas (Municipalidad de Guaymallén, 2024).

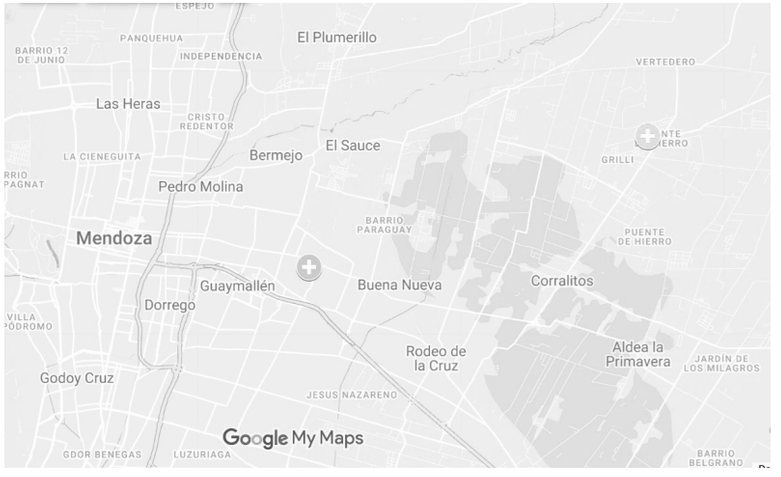
área urbana del departamento debido a la falta de servicios en los efectores de proximidad (Marucci, 2024)

Imagen 2: Centros de Atención Primaria del departamento de Guaymallén



Descripción: Se observan los 22 CAPS del departamento de Guaymallén.
Fuente: Implementación del protocolo de IVE/ILE en el CAPS 246, Marucci, Lucas, 2024.

Imagen 3: Centros de Atención Primaria de la salud con servicio de ecografía



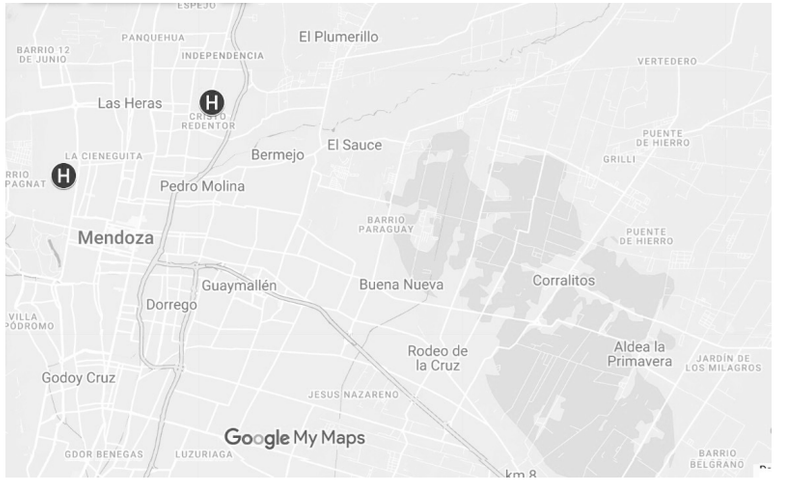
Descripción: Se observan los 2 CAPS que disponen de servicio de ecografía en Guaymallén. 1. CAPS N° 246 “Puente de Hierro”. 2. CAPS N° 16 “Villanueva”.
Fuente: Implementación del protocolo de IVE/ILE en el CAPS 246, Marucci, Lucas, 2024.

Imagen 4: Centros de Atención Primaria con servicio de laboratorio



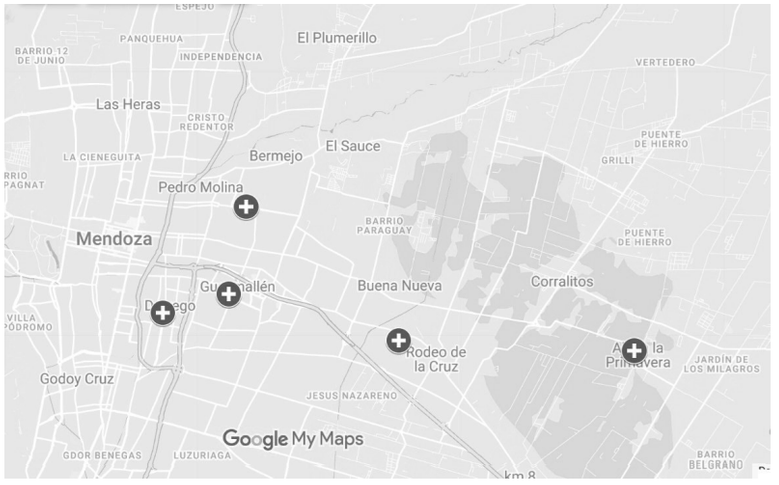
Descripción: Se observan los CAPS que disponen de servicio de laboratorio en Guaymallén.
1. CAPS N° 246 “Puente de Hierro”. 2. CAPS N° 5 “Pascual Lauriente”.
3, CAPS N° 16 “Villanueva”. 4. CAPS N° 14 “Pedro Molina”.
Fuente: Implementación del protocolo de IVE/ILE en el CAPS 246, Marucci, Lucas, 2024.

Imagen 5: Efectores hospitalarios con servicios de IVE/ILE



Descripción: Efectores hospitalarios con servicios de IVE-ILE. 1. Hospital R. Carrillo. 2. Hospital L. Lagomaggiore.
Fuente: Implementación del protocolo de IVE/ILE en el CAPS 246, Marucci, Lucas, 2024.

Imagen 6: Centros de Atención Primaria con servicios de IVE/ILE



Descripción: Se observan los 5 CAPS donde se realiza la totalidad de la práctica IVE-ILE. Predominan los centros ubicados en las áreas urbanas del departamento. 1. CAPS N° 185. 2. CAPS N° 210. 3. CAPS N° 11. CAPS N° 214. CAPS N° 15.
Fuente: Implementación del protocolo de IVE/ILE en el CAPS 246, Marucci, Lucas, 2024.

El Estado y las organizaciones sociales como constructores de accesibilidad. Acciones, intervenciones y dispositivos

En el año 2020, la pandemia de COVID-19 y las medidas de aislamiento/distanciamiento social preventivo y obligatorio (ASPO y DISPO) condicionaron el acceso a todos los servicios de salud, entre ellos los de salud sexual y reproductiva. En este contexto, desde las instituciones estatales como así también desde las organizaciones de la sociedad civil, se desarrollaron una serie de acciones, intervenciones y dispositivos que tuvieron por objetivo garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, específicamente el acceso a la ILE y posteriormente a la IVE.

Dispositivos estatales

En 2020 la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva estableció las prestaciones de salud sexual y reproductiva como esenciales tomando como referencia las recomendaciones de la OMS (OMS, 2020). A su vez, sus acciones se reorganizaron territorialmente con ejes transversales de trabajo. Uno de ellos vinculado a garantizar el acceso al derecho al aborto legal en todo el

territorio nacional. La sanción de la Ley 27.610 posibilitó la implementación de nuevas estrategias. Se desplegaron numerosas acciones para favorecer un contexto propicio para su implementación en todas las provincias.

Se realizaron programas de capacitación y se garantizaron los insumos necesarios para la realización de la IVE/ILE mediante diferentes técnicas (Medicamentos, AMEU, dilatación y evacuación). Las políticas nacionales destinadas al relevamiento, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas se constituyeron como una de las medidas tomadas para mejorar el acceso. Por primera vez se pudo contar con documentos que contengan información oficial sistematizada con indicadores sanitarios relacionados con aborto. Entre ellos se destaca la publicación periódica del informe "ImplementAR IVE/ILE" de publicación anual que da cuenta de las estrategias y acciones realizadas en el marco de la implementación de la Ley 27.610. Sin embargo, este documento tiene la limitación de no desarrollar exhaustivamente las acciones realizadas en las diferentes provincias. Solo seis jurisdicciones publicaron datos de indicadores de IVE/ILE correspondientes al 2022 en sus informes de gestión (CABA, Entre Ríos, Jujuy, Misiones, Río Negro y Santa Fe) y sólo tres jurisdicciones (CABA, Entre Ríos y Misiones) publicaron datos correspondientes a los años 2021 y 2022, permitiendo hacer comparaciones para observar su evolución en la atención de IVE/ILE (Romero *et al.*, 2023).

En Mendoza no se cuenta con informes o publicaciones oficiales. La información oficial disponible en la actualidad es la que ha sido sistematizada en los informes ImplementAR IVE/ILE (2021, 2022, 2023), los relevamientos realizados a través de diferentes investigaciones y a partir de pedidos de acceso a la información pública (Accossatto y Marucci, 2024; Amnistía Internacional, 2023; Anzorena, 2023; Ramos *et al.* 2022, Romero *et al.* 2022).

> Lo cierto es que no hay difusión del tema, no se informa, es decir, si hacemos no lo contamos por las dudas. Y tampoco podemos hacer nada porque entonces va a haber otro tipo de difusión desde quienes tratan de garantizar que no se cumpla. Entonces, es como que están ahí en una especie de moderación atada con pinzas, donde tratan de hacer lo mínimo indispensable para que no se genere un nivel de reclamo y a la vez no se difunde para evitar que el reclamo venga desde otros sectores (Lena, Líbera, entrevista).

Poder contar con una mirada federal que dé cuenta de las especificidades locales aporta a la comprensión de los procesos de ampliación y restricción de derechos que se dan a nivel local y regional. A continuación, se mencionan algunas de los dispositivos desarrollados por el Ministerio de Salud y el PPSR en relación con el acceso al aborto.

En Mendoza, en el momento en que entró en vigencia la Ley 27.610, el Colegio Farmacéutico provincial elevó un expediente al Ministerio de Salud local solicitando información respecto a la vigencia de la Ley 8116/09. Esta ley limitó el expendio, suministro y fraccionamiento de medicamentos que contenían el principio activo Misoprostol al ámbito institucional sanitario desde el año 2012. Este marco legal generó severas restricciones en el acceso a medicamentos abortivos en los servicios de salud durante más de una década. En febrero de 2021, a partir de este pedido de información del Colegio Farmacéutico, el Ministerio de Salud local a través de la Resolución 297/2021 dejó sin efecto la Ley 8116/09.

A partir del nuevo marco legal, se creó la figura de Coordinación de la implementación IVE/ILE en el PPSR. Un puesto específico dentro la estructura organizacional destinado a articular acciones para garantizar el acceso a los servicios de IVE/ILE. Allí se designó a una persona con una sólida formación en la temática, una médica especialista en tocoginecología que coordinó desde 2018 el primer servicio de ILE de la provincia en el Hospital L. Lagomaggiore. Permaneció en el puesto hasta el año 2022, momento en que asumió la coordinación del PPSR.

Se realizaron capacitaciones virtuales y presenciales para conformar nuevos equipos para la atención de IVE/ILE y ampliar así la oferta de esta prestación en los distintos niveles del sistema de salud. Se definieron y organizaron consultorios en el primer nivel de atención y el nivel hospitalario. A los diferentes equipos se les entregó el kit de IVE/ILE que incluía el protocolo de atención. Este "kit" incluye folletos explicativos pre-impresos para las personas usuarias y un conjunto de órdenes y recetas para facilitar la tarea del personal de salud (Sanchez y Trufó, 2021).

Se habilitaron turnos online o de manera telefónica a través de la aplicación y la línea 148. Desde el PPSR se fortaleció la difusión de la línea telefónica 0800-222-3444, una línea nacional, gratuita y confidencial que brinda orientación en salud sexual y reproductiva desde el año 2010. En todos los casos, la situación de aislamiento y restricción para la circulación convirtió a las líneas gratuitas y anónimas en una herramienta fundamental para el acceso a la información, contención y derivación a efectores que garantizaran la atención (Sanchez y Trufó, 2021).

> Fue una herramienta la línea 0800 de la Nación como puerta de entrada a los distintos servicios. Hoy prácticamente se ha decidido que la demanda debe ser espontánea en cada centro de salud, en el lugar más cercano a cada persona gestante que pueda solicitarlo. Actualmente hay un sistema mixto en el que siguen llamando al 0800, pero automáticamente las derivamos al centro de salud (Vanesa, Ministerio de Salud Desarrollo Social y Deportes).

Durante los primeros meses de 2023 el Programa realiza una reestructuración de su misión y visión institucional, así como también un nuevo planteamiento de objetivos y servicios que brinda a partir de una asesoría en Comunicación Institucional realizada por una estudiante de la carrera de Comunicación Social de la Universidad Nacional de Cuyo (Sosa, 2024). En la renovación de su enfoque, la misión del programa es promover los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en su totalidad, basándose en la autonomía de las personas y el acceso a la información, para lograr el ejercicio pleno de la sexualidad con cuidado de la propia salud. La visión es garantizar el libre ejercicio de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en todos los espacios prestadores de servicios de salud de la provincia de Mendoza. Los objetivos del programa son: a) promover espacios de consejería en información sobre salud sexual y reproductiva desde las adolescencias como parte del control preventivo de salud; b) fortalecer desde las consejerías el ejercicio de la autonomía basada en información científica para la toma de decisiones sobre el propio cuerpo; c) prevenir embarazos no intencionales o relacionados a alto riesgo para la salud; d) garantizar acceso a todas las prácticas de salud al colectivo LGBTIQ+; e) garantizar el ejercicio pleno de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos a la población con discapacidad; f) prevenir y diagnosticar precozmente infecciones de transmisión sexual; g) garantizar el acceso de toda la población a métodos anticonceptivos efectivos e interrupciones de embarazo seguras. Para lograr estos objetivos, los servicios incluyen la capacitación permanente de todos los agentes de salud involucrados, así como de los usuarios y la comunidad en general. Además, se garantiza el acceso a los medios y elementos necesarios para realizar controles de salud, estudios previos y posteriores a la prescripción de métodos anticonceptivos; y se ofrece asesoramiento e información sobre salud sexual y derechos reproductivos y no reproductivos. Estos servicios son fundamentales para construir una sociedad que respete y promueva la autonomía y el bienestar de todas las personas en materia de salud sexual y reproductiva (Programa Provincial de Salud Reproductiva, 2024).

Acciones e intervenciones de organizaciones de mujeres y feministas

Es importante considerar que, desde el advenimiento de la democracia, en Argentina los feminismos y colectivos LGTTBIQ+ han contribuido profundamente al avance en materia legislativa, así como a las condiciones de

posibilidad para el acceso a los derechos adquiridos, particularmente en el campo de la salud (Anzorena, 2021; Di Marco *et al.*, 2019). En Mendoza, desde la publicación del primer protocolo de ILE a nivel provincial en 2018 hasta finales del año 2020, se produce una fuerte articulación entre activismos feministas, profesionales de la salud y funcionarixs estatales, la cual permitió sostener el circuito de implementación de la ILE (Accossatto y Marucci, 2024). En el año 2020, el contexto de alta restricción de la Pandemia llevó a incrementar y fortalecer el trabajo articulado de sectores del Estado con organizaciones de la sociedad civil. A partir de 2021, en distintos territorios de la provincia, las organizaciones sociales facilitaron los procesos de implementación de la Ley 27.610. Contribuyeron, además, generando acciones de monitoreo para la identificación de barreras de acceso a los servicios de IVE/ILE.

> Creo que la organización de las demandas desde la sociedad sale a través de organizaciones y no lo que a nosotros nos parece desde nuestro lugar de gestión. A veces es muy difícil percibir desde un lugar de trabajo, una realidad o una demanda concreta. Creo que esas demandas se ordenan a través de una sociedad. Sí hay una organización civil que las pueda canalizar principalmente, entonces me parece que es como una puerta de entrada re importante que el sistema de salud hoy no tiene los recursos para hacerlo, no tiene sensibilidad para hacerlo (Vanesa, funcionaria).

> Y me parece que es la manera de poner en tema a una sociedad temas tan tabú o tan complejos. A veces uno quisiera que las dinámicas sociales sean menos extremas, más dialogadas y más consensuadas, pero a veces es como que se necesitan estos fenómenos disruptivos como para que se pongan en tema situaciones que de otra manera quizás no se trataría o de las cuales no se hablaría (Yemina, funcionaria).

A partir de las entrevistas realizadas a integrantes de Líbera Abogacía Feminista recuperamos aquellos dispositivos que despliegan desde esta organización para garantizar el acceso a los servicios de IVE/ILE en el contexto de pandemia y pospandemia en la provincia de Mendoza. Esta organización sin fines de lucro creada en el año 2019 tiene como misión impulsar acciones que garanticen el cumplimiento de los derechos humanos de niñxs, adolescentes, mujeres, trans-travestis, lesbianas y no binaries desde una perspectiva crítica y feminista. Sus integrantes además forman parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Se describen a continuación cuatro dispositivos que desarrollaron para fortalecer los procesos de implementación de la Ley 27.610 en Mendoza: acompañamientos feministas, capacitaciones, monitoreos y el impulso de la Mesa IVE/ILE provincial.

Respecto a los acompañamientos feministas en materia de aborto es importante señalar que desde 2012, organizaciones y activistas que conformaban la Campaña en diferentes puntos del país, venían desarrollando acciones vinculadas a los acompañamientos en el espacio nacional de "Socorristas en Red, feministas que abortamos" (Burton 2017; Santarelli y Anzorena, 2017). En un contexto histórico y político de criminalización de la práctica, uno de los objetivos centrales es evitar que las personas mueran o sufran las complicaciones derivadas de la realización de un aborto inseguro (Maure 2021). A partir de la experiencia del socorrismo, que en Mendoza fue asumida por la colectiva La Malona Rosa, se comenzaron a crear dispositivos para la asistencia de abortos medicamentosos que implicaron, no sólo el acceso a abortos seguros con cierta independencia del sistema de salud, sino también un trabajo de incidencia sobre los efectores sanitarios estatales (Accossatto, Marucci, 2024). En el nuevo escenario dado por la legalización de la IVE, los acompañamientos feministas además pretenden ser una estrategia de cuidado para hacer frente a las dificultades que se desprenden de las condiciones de acceso a los servicios de salud. Si bien las guías técnicas, los protocolos y servicios de salud no contemplan este tipo de dispositivos, en la práctica se vuelven necesarios para superar las distintas barreras de acceso y garantizar el cumplimiento efectivo del derecho al aborto.

> Hay mujeres que están embarazadas, que no desean ser madre o no pueden en el contexto en el que viven y tienen miedo de ir a un centro de salud, no creen ni confían en que porque está la ley (Ley 27.610) está todo bien.
>
> Hay una deficiencia muy grande dentro de las cuestiones que por ahí hay que marcar, que es la falta de dispositivos de acompañamiento. Entonces, bueno, por ahí depende mucho de la posibilidad de esas profesionales de estar atentas a un teléfono, pero no hay un recurso oficial para eso (Romina, Libera, entrevista).

Líbera cuenta con dispositivos que tienen por objetivo acompañar y patrocinar jurídicamente situaciones en las que se presenten barreras para el acceso a la IVE/ILE en el subsector público y privado de salud. Las personas usuarias pueden tomar contacto a partir de los canales de comunicación digital que posee la organización (Instagram, Facebook, YouTube, correo electrónico, página web). Una vez establecido el contacto se realiza un seguimiento de la situación hasta su resolución. Durante el proceso se brinda información, contención y asesoramiento, articulación con profesionales de salud amigables, centros de atención de atención primaria y hospitales, y en caso de ser necesario el inicio de acciones legales.

El rol pedagógico de las organizaciones sociales frente a determinados temas es una estrategia política de incidencia que permite problematizar como así también legitimar prácticas y discursos. En este sentido, Líbera genera piezas de comunicación audiovisual que difunde a través de sus redes sociales para informar y sensibilizar acerca de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, violencias machistas y violencia sexual. Traducen a un lenguaje accesible conceptos y términos técnicos relacionados con el ejercicio de la abogacía para promover el acceso a la justicia. Además, realiza formaciones destinadas a profesionales de distintas disciplinas, entre ellas aquellas vinculadas a los servicios de salud, organizaciones sociales e instituciones educativas. Cuentan con un programa de formación para centros de salud y hospitales que tiene alcance en toda la provincia. En este programa se desarrollan contenidos vinculados a derechos sexuales y reproductivos, consentimiento informado, violencia sexual y de género, IVE/ILE, autonomía en el acceso a la salud y la justicia y Educación Sexual Integral.

A partir del contexto del nuevo marco legal en relación con el aborto, comenzaron a tomar protagonismo aquellas acciones orientadas al monitoreo y evaluación de la implementación de los servicios de IVE/ILE. Un aporte significativo de Líbera han sido las acciones de monitoreo y seguimiento de situaciones de vulneración de derechos. En el año 2023, en colaboración con la organización Amnistía Internacional llevó a cabo una investigación en la provincia de Mendoza para relevar el estado de aplicación del derecho al aborto. Este documento brinda información sobre el estado de implementación de la ley de IVE con el fin de visibilizar los avances y desafíos a casi tres años de su sanción. Además brinda recomendaciones que contribuyen en la mejora continua y fortalecimiento de la política pública.

Impulsar el trabajo en red, articulaciones, colaboraciones e instancias de investigación con organismos gubernamentales y no gubernamentales ha sido una estrategia desplegada por las organizaciones feministas en la lucha por el acceso al aborto legal en Argentina. Otra de las intervenciones de Líbera fue impulsar la conformación de una Mesa de trabajo con activistas y organizaciones vinculadas a la temática. La Mesa IVE/ILE Mendoza, convocada por primera vez en mayo de 2023, es un espacio de encuentro de organizaciones sociales y trabajadores de salud que tiene por objetivo promover acciones para garantizar el acceso pleno al derecho al aborto. Integrantes de esta mesa a su vez participan desde 2023 en los encuentros de la Red Federal de Monitoreantes de la Ley 27.610, una articulación nacional de organizaciones, instituciones y trabajadores de salud que desarrollan y comparten información sobre monitoreos de implementación del acceso efectivo a derechos sexuales y reproductivos.

Recapitulando, el mapeo de intervenciones y dispositivos desarrollados a nivel estatal y por organizaciones feministas que hemos desarrollado en este apartado, visibiliza la multiplicidad de mecanismos y actores que se enlazan para garantizar el acceso efectivo del derecho al aborto en la provincia.

Reflexiones finales

La provincia de Mendoza ha experimentado una mejora significativa en el acceso al derecho al aborto en el sistema de salud a partir de la sanción de la Ley 27.610. En el año 2022, la provincia contaba con la segunda tasa más baja de IVE/ILE realizadas cada mil mujeres en edad fértil y en 2023 pasó a superar el promedio nacional. El recorrido realizado en el presente capítulo nos permitió profundizar en la información que reflejan los datos estadísticos, mediante un abordaje cualitativo –que enlaza la perspectiva de lxs actores con otras investigaciones y monitoreos– y una revisión crítica de la categoría de accesibilidad a los servicios de salud.

A partir de la incorporación de estos debates, pudimos sostener que el acceso al derecho al aborto en el sistema de salud de Mendoza presenta barreras vinculadas no sólo a la disponibilidad y organización de los servicios de IVE/ILE en el territorio, sino también a los obstáculos simbólicos asentados en prácticas y entramados institucionales conservadores. Las barreras identificadas abarcan un abanico muy amplio que van desde la desigual distribución geográfica de los servicios, ausencia de disposiciones normativas para regular las prestaciones de obras sociales y servicios privados, hasta un alto grado de trabajadores de salud que se manifiestan objetores de conciencia, así como una falta de apoyo político al PPSR. Dentro de los tipos de barreras identificadas, las simbólicas poseen un peso singular ya que se constituyen sobre la base de una concepción de la sexualidad vinculada a la prevención, la procreación y la heterosexualidad obligatoria, de manera que representan un obstáculo transversal al conjunto de servicios de IVE/ILE. El contexto sanitario impuesto por la Pandemia de COVID-19 profundizó estas barreras de acceso a las ILES y visibilizó las condiciones de inequidad que se dan al interior del sistema de salud.

Desde las instituciones estatales, como así también desde las organizaciones de mujeres y feministas, se desarrollaron una serie de acciones, intervenciones y dispositivos que tuvieron por objetivo específicamente promover el acceso a la ILE y posteriormente a la IVE. A partir de un mapeo de intervenciones impulsadas desde dispositivos estatales y organizaciones feministas, la intención del presente capítulo fue visibilizar, no solo las barreras y obstáculos que persisten, sino también el entramado de múltiples y heterogéneos actores que

resultan fundamentales para un acceso integral al derecho al aborto. Tal como sostuvimos al comienzo, la calidad de los servicios de IVE/ILE es una construcción colectiva en los territorios en la que interviene principalmente la gestión pública, pero además también trabajadores de salud y organizaciones feministas. Consideramos, junto con otras autoras, que para lograr el debido ejercicio de los derechos sexuales es menester promover mecanismos de consulta y participación en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de la población usuaria del sistema de salud, en particular mujeres, lesbianas y trans, en tanto población vulnerabilizada, y de movimientos y organizaciones sociales (Anzorena, 2014; Rodríguez Gustá, 2008; Bareiro, 2012). A su vez, pudimos observar la relevancia de un análisis profundo de las barreras de acceso, detectando las dimensiones que las determinan, de cara a comprender los factores que actúan como obstáculos y facilitadores para el acceso a las intervenciones de salud.

Desde nuestro punto de vista, es necesario incorporar esta conjunción de dimensiones al momento de analizar la accesibilidad a los servicios de salud. Esto posibilita configurar una perspectiva relacional e integral para la elaboración de un diagnóstico preciso sobre las formas de trabajo y dinámicas de atención en cada servicio de salud y en cada jurisdicción. Mediante un análisis crítico y situado, es posible reconocer la multidimensionalidad de barreras en el acceso y acordar acciones que fomenten un mayor compromiso de lxs actores involucrados en la política pública en cada territorio.

Bibliografía

Accossatto R. y Marucci L. (2024). Acceso al aborto legal y clandestinidad institucional. La Red de Profesionales de Salud Por el Derecho a Decidir en Argentina. *Íconos Revista de Ciencias Sociales* 80, XXVIII. (en prensa).

—. (2022). *Acceso al aborto en Mendoza: Gobierno local y estrategias feministas.* Ponencia presentada en la Universidad Nacional de San Martín en el II Congreso Internacional de Ciencias Humanas Mesa 12 "Estrategias feministas en el campo de los derechos sexuales y la salud colectiva. Debates en torno a políticas e intervenciones". 9 de noviembre de 2022. Actas 2º Congreso Internacional de Ciencias. Humanas. https://bit.ly/4aSyFZ4

Anzorena, C. (2006) Reflexiones en torno a las sexualidades en las políticas públicas en Mendoza: las sexualidades esperadas, las invisibles y las excluidas. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy, San Salvador de Jujuy, pp. 283-300.

—. (2014). Mujeres en la trama del Estado. Una lectura feminista de las políticas públicas. Mendoza: Editorial de la Universidad Nacional de Cuyo.

—. (2021) Cuatro décadas de políticas de género en Argentina. Un recorrido por los cambios normativos de 1985 a 2020 desde una perspectiva feminista. En Anzorena, C., Schwarz, P.K.N. y Yañez, S. (Coord.) *Reproducir y sostener la vida. Abordajes feministas y de género interdisciplinarios del trabajo de cuidados*. Buenos Aires: Teseo.

—. (2023). "The Right to Legal, Safe and Free Abortion in Argentina: Obstacles and Challenges to the Policy in Action, 18 Months after Its Implementation (2021-2022)". *Salud Colectiva,* 19 de noviembre: e4613-e4613. https://doi.org/10.18294/sc.2023.4613.

Amnistía Internacional (2023). Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en la provincia de Mendoza. Acceso el 20 de febrero de 2024. https://bit.ly/4boo4VJ

Bareiro, L. (2012). Avances y desafíos para la participación política de las mujeres. En N. Gherardi (comp.), *Lidera: participación en democracia. Experiencias de mujeres en el ámbito social y político en la Argentina*, pp. 27-36. Buenos Aires: ELA Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

Burton, J. (2017). Prácticas feministas en torno al derecho al aborto en Argentina: aproximaciones a las acciones colectivas de Socorristas en Red. Punto Género, Santiago de Chile, pp. 91-111.

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. (s.f.). Quienes somos. Acceso el 8 de diciembre de 2023. https://bit.ly/3OkF0Dl

Center for Reproductive Rights (2021) Promoting Access to self-managed abortion: considerations for managing legal risk. Acceso el 10 de diciembre de 2023. https://bit.ly/4b21GAG

Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkiner, A. (2007) El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones,* Vol. XIV, 2007, pp. 201-209, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Di Marco, Graciela (2019) Nuevas identidades y construcciones políticas de los feminismos. En Di Marco, G., Fiol, A. y Schwarz, P.K.N. (Coord.) *Feminismos y populismos del siglo XXI: frente al patriarcado y al orden neoliberal*. Buenos Aires: Teseo.
Fraser, N. (2008). Escala de justicia. Barcelona: Herder

DNSSYR (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva) (2023). *Implementar IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2023.* Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

DNSSYR (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva) (2021). *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2020.* Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Gustá, Ana Laura (2008) Las escaleras de Escher: la transversalización de género vista desde las capacidades del Estado. *Aportes para el debate*, pp. 53-70.

INDEC (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.*

Marques da Costa, S. (2019). Situación actual del Programa Provincial de Salud Reproductiva de Mendoza, avances y retrocesos en la garantía y promoción de los derechos sexuales y reproductivos. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress* (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

Marucci, L. (2024). *Implementación del protocolo de atención voluntaria y legal del embarazo en el CAPS 246 "Puente de Hierro".* Trabajo Final Integrador Especialidad de Salud Pública. Repositorio digital Facultad de Ciencias Médicas, UNCuyo.

Maure, G. (2021). La ética del cuidado en mujeres en los acompañamientos feministas de mujeres que deciden abortar. En Claudia C. Anzorena, Patricia K. N. Schwarz, Sabrina S. Yañez (compiladoras) Reproducir y sostener la vida. Buenos Aires: Teseo.

OMS, 2020. *"Directrices operativas para el mantenimiento de los servicios de salud esenciales durante la pandemia COVID-19".*

OMS. 2022. *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary].* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2.

https://bit.ly/48RnNZZ

OPS (Organización Panamericana de la Salud). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2023.

Programa Provincial de Salud Reproductiva. (s.f.). Inicio. Acceso el 10 de febrero de 2024. https://bit.ly/44R3Qli

Proyecto Mirar (2024). Aborto en números. 20 de marzo de 2024. Acceso el 20 de febrero de 2024. https://bit.ly/4dFOPXr

Ramos S., Ábalos E., Gerdts C., Keefe-Oates B., Krause M., Ramón Michel A., Romero M. Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES; Ibis Reproductive Health, diciembre 2022. Acceso el 11 de febrero de 2024. https://bit.ly/3Rqgge7

Romero M., Ramón Michel A., Krause M., Keefe-Oates B., Ábalos E., Molina S., Ramos S. Reporte anual 2022: Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal. Proyecto Mirar. Buenos Aires: CEDES, 2023. Acceso el 11 de febrero de 2024. https://bit.ly/3XrV9vI

Santarelli, M. N., & Anzorena, C. C. (2017). Los socorrismos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario. Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico. *Descentrada*, *1*(1), e008. Acceso el 10 de enero de 2024. https://bit.ly/3KDzGZp

Sosa, I. N. (2024). Plan de comunicación estratégico para el Programa Provincial de Salud Reproductiva, Mendoza, Argentina. Tesina de grado. Licenciatura en Comunicación Social. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo.

Sanchez Cabezas, A.; Trufó, F. (2021). Impacto de la Pandemia COVID 19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos sexuales y reproductivos. Primera edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Stolkiner y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken.

Fuentes legislativas

DECRETO 2.605/2015, MENDOZA, 9 de diciembre de 2015. Modifica la planta del personal. Aprueba la estructura organizativa del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. Boletín Oficial, 28 de diciembre de 2015, Vigente, de alcance general. Id SAIJ: M20150002605. Acceso el 10 de febrero de 2024. https://bit.ly/4bmgbA5

DECRETO 1045/2017. Créase en el ámbito de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, el Plan de Cuidado Integral de Salud de la Mujer DECIDIR. Del: 28/06/2017; Boletín Oficial 29/09/2017. Acceso el 10 de febrero de 2024, https://bit.ly/4bK7QpH

Guía Técnica para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza. 2018. Acceso el 20 de noviembre de 2023. https://bit.ly/3H31l4b

Ley 8116 Medicamentos que contengan el principio activo Misoprostol. 15 de diciembre de 2009. Boletín Oficial de la Provincia de Mendoza. Acceso el 18 de diciembre de 2023. https://bit.ly/3wKCqkj

Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (2020). Acceso el 20 de noviembre de 2023. https://bit.ly/3aaC9ZS

Ordenanza N° 1944/2018 Protección de los Derechos de la Mujer Embarazada y de los Niños por Nacer. Boletín Oficial Honorable Concejo Deliberante de Malargüe. 28 de agosto de 2018. Acceso el 18 de diciembre de 2023. https://bit.ly/3H5LmSM

Resolución DI-2018-946-APN-ANMAT#MSYDS. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. 12 de octubre de 2018. Acceso el 3 de noviembre de 2023. https://bit.ly/41RhoLV

Resolución 297/2021. Mendoza. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. Acceso el 20 de febrero de 2024. https://bit.ly/3QVUmiH

Capítulo 12

El acceso a los derechos sexuales en pandemia: fortalezas, dificultades y estrategias por parte del personal de salud

Chantal Medici

Introducción

La pandemia por coronavirus conmocionó al sistema de salud y afectó de variadas formas el acceso a los derechos sexuales. Muchos efectores se reorientaron a la atención de la enfermedad y a menudo los equipos sufrieron escasez de personal por las licencias y aislamientos, se enfrentaron a contagios e incluso decesos en el plantel. El confinamiento constituyó un gran desafío para la accesibilidad y fue necesario el diseño de políticas para acompañar el contexto crítico. Además, fueron importantes las estrategias creadas por quienes trabajan en la primera línea de atención para mitigar los obstáculos para el acceso a derechos que implicaba esta situación inédita.

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva diseñó políticas para enfrentar estas dificultades, entre las que se destacan la declaración de estos servicios como esenciales, la emisión de recomendaciones para la provisión en el contexto de pandemia (Ministerio de Salud, 2020a), el fortalecimiento de la línea 0800 222 3444 de atención en salud sexual, la distribución de métodos anticonceptivos de larga duración a través del programa Remediar (habitualmente se hace a través de los depósitos provinciales), la habilitación de la receta electrónica, la autorización de la entrega de anticonceptivos de corta duración para períodos más prolongados, la otorgación de turnos telefónicos u online, la creación de espacios comunitarios de entrega de anticonceptivos en algunas jurisdicciones, entre otras (Ministerio de Salud de la Nación, 2020b).

Sancionada en este singular período, la Ley nacional n°27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en diciembre de 2020 constituyó un importante avance para los derechos sexuales de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Sin embargo, la aprobación se dio cuando aún quedaban por delante largos meses de pandemia. Los primeros meses de la implementación, por lo tanto, se dieron en un escenario particularmente hostil y complejo.

Los informes publicados por el Ministerio de Salud dan cuenta de la realización de 73.487 interrupciones legales y voluntarias del embarazo en todo el país durante el año 2021; 96.664 en 2022 y 75.851 entre enero y octubre 2023 (Ministerio de Salud, 2022; 2023a; 2023b). Asimismo, explicitan que al 31 de diciembre de 2020 la cantidad de efectores del sistema público de salud que habían informado la realización de interrupciones legales del embarazo eran 907; al 31 de diciembre de 2021 la cantidad ascendió a 1347. Luego, en 2022 se reportaron 1793 efectores y 1982 para el período entre enero y octubre de 2023 (Ministerio de Salud, 2022, 2023a; 2023b). Esto implica que la cifra aumentó un 48 % durante el primer año, un 33 % el segundo y un 10 % durante los primeros 10 meses del tercero[1].

En cuanto a las iniciativas de las organizaciones sociales, la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir publicó un recursero para facilitar el acceso a la interrupción del embarazo (Red de Profesionales, s/f; GEDESyR, 2020). Por su parte, Socorristas en Red, que nuclea organizaciones que acompañan abortos medicamentosos en todo el país, informó que asistió y acompañó 27.068 interrupciones en todo el país entre 2020 y 2021. De éstas, 18.032 se gestionaron en conjunto con el sistema de salud y 15.469 fueron de forma autoadministrada, proporción que muestra la magnitud que aún tiene esta modalidad de la práctica (Socorristas en Red, 2021; 2022).

Más allá de estos datos, los relatos de profesionales de la salud dan cuenta de la complejidad de las situaciones atravesadas en este período y de los esfuerzos para continuar garantizando los derechos sexuales.

En el presente trabajo, se analizan las experiencias y percepciones de las y los profesionales entrevistadas/os en nuestra investigación[2], que da origen a este

1 Respecto a las cifras de 2023 es necesario destacar, además de que abarca un período de tiempo menor, que el informe fue editado en diciembre de 2023, mientras que los correspondientes a los años anteriores fueron corregidos en los meses posteriores, con números actualizados mayores.

2 Se analizaron entrevistas realizadas a 8 profesionales de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), 10 del Gran Mendoza y 8 de la ciudad de Santa Fe. En el AMBA se entrevistaron 3 trabajadoras sociales, 2 médicas generalistas, 1 médico obstetra y 2 licenciadas en obstetricia. En cuanto a Mendoza, se entrevistaron 1 médica de familia, 4 trabajadoras sociales, 1 psicóloga, 1 socióloga, 1 licenciada en obstetricia, 1 tocoginecóloga, 1 técnica universitaria en gestión y administración de instituciones públicas. En Santa Fe se entrevistaron 2 médicas ginecólogas, 3 médicas y médicos generalistas, 2 enfermeras y 1 psicóloga.

libro, en relación con los problemas vinculados con la provisión de interrupciones del embarazo y otras prácticas e insumos vinculados con la salud sexual en el contexto de pandemia. Se relevan los principales factores favorables con los que contó el sistema de salud para funcionar en este contexto y las estrategias que se debieron desplegar para hacer efectivos los derechos. A su vez, se indagan las principales dificultades u obstáculos que, según su punto de vista, aún enfrentan los derechos sexuales y la implementación de la Ley 27.610.

En este capítulo analizo también las entrevistas realizadas a 3 funcionarias y 1 activista de Mendoza y 2 activistas de AMBA, dado que realizaron aportes que constituían interesantes contrapuntos o complementaban algunos comentarios del personal de salud.

Los derechos sexuales en pandemia

Como se planteó más arriba, las urgencias de la pandemia afectaron profundamente al sistema de salud, que se orientó a la atención del COVID-19. Numerosos centros de salud pasaron a dedicarse a la atención de la nueva enfermedad, lo cual implicó que muchas personas no pudieran acceder en tiempo y forma a los métodos anticonceptivos y otros derechos sexuales en los centros de atención primaria que correspondían a su barrio.

Según la mayoría de los relatos en las tres provincias estudiadas, varias actividades se suspendieron, en particular las vinculadas con la promoción de salud. De acuerdo con las y los profesionales, las usuarias también pospusieron numerosos controles médicos, posiblemente debido a las dificultades para trasladarse y por temor a un contagio al acercarse a un centro de salud, lo cual resultó especialmente grave en el caso de enfermedades crónicas. Existió una disminución de los controles prenatales y otras cuestiones relacionadas con la salud sexual, como la anticoncepción.

De igual forma, algunas unidades que no atendieron COVID pudieron verse sobrepasadas con la atención de pacientes que normalmente se atendían en otras instituciones. Así lo refiere Luisa, obstétrica de la Maternidad Estela de Carlotto, en AMBA, donde se multiplicó la asistencia de partos, posiblemente dado que las mujeres y personas gestantes tenían temor de acudir a los hospitales zonales donde se atendían casos de coronavirus.

A su vez, los propios equipos y profesionales de la salud se vieron afectados por la situación de diversas formas. El personal se redujo debido a los aislamientos y licencias, lo cual implicó una sobrecarga de trabajo para quienes permanecían en sus tareas. Por otra parte, se refirieron situaciones de gran estrés ante las directivas en ocasiones imprecisas y cambios constantes en las políticas. También debieron vivenciar el contagio y hasta el fallecimiento de compañeras y compañeros de trabajo. Algunas profesionales expresaron que aún se experimentan las consecuencias de la pandemia a nivel de la salud mental en el plantel:

> Sí, y después tenía las consecuencias, salud mental, un nivel de cansancio, de agotamiento, que yo creo que todavía no nos recuperamos de eso. Sí, o sea, nosotros, por ejemplo (…) de nuestras compañeras enfermeras fue la primera contagiada de COVID en el partido Morón (...) mucho desgaste, fallecieron también dos compañeras cercanas (...) en esto de que la realidad llega primero y después te llegan los protocolos de cuidado de los equipos, este, nos pasaba eso que teníamos que estar en un estado de alerta todo el tiempo (Romina, trabajadora social, AMBA).

Los déficits en la atención tuvieron consecuencias que perduran y que se percibieron al finalizar la pandemia. Algunas profesionales refirieron que atendieron a pacientes solicitantes de IVE, que no habían podido acceder a métodos anticonceptivos durante todo ese período. En las tres áreas donde se desarrolló la investigación explicaron que se conocieron en esa etapa muchos problemas de salud sexual vinculados con la falta de controles, situaciones de abuso, embarazo adolescente, y se realizaron numerosos testeos de VIH y Sífilis.

Factores favorables para garantizar derechos

Las personas entrevistadas coincidieron en la importancia de la sanción de la Ley 27.610, que también ocurrió en este contexto. Luego de la aprobación, se formalizaron y consolidaron equipos, redes y esquemas de trabajo, lo cual contribuyó a garantizar el derecho de la forma adecuada.

También se perciben menos tabúes, una mayor legitimidad social y posibilidades de diálogo con sectores que son resistentes a la provisión de interrupciones:

> Mirá, la estigmatización sigue estando, pero como hay mayor apertura (...) Que hay menos tabúes para hablar y eso lo ha permitido la ley (...) A partir de la ley surge la obligación de hablar a sujetos que no necesariamente se sentían parte de esto, sino que era un rechazo incluso para entrar en diálogo y hoy por la ley se ven obligados a entrar en ese diálogo (Diana, trabajadora social, Mendoza).

Varias profesionales consideran que, a partir de la ley, más agentes de salud entienden que se trata de un derecho que se debe garantizar, más allá de los puntos de vista personales, y que existen menos márgenes para la obstaculización arbitraria:

> (…) que los técnicos de laboratorio, bioquímica o bioquímicos nos decían: ya está es ley, si yo estoy de acuerdo o no es otra cosa, ya no me puedo negar, es ley (Marta, trabajadora social, Mendoza).

La ley además contribuyó a despejar obstáculos burocráticos. Por ejemplo, según dos trabajadoras sociales de Mendoza, antes de la sanción, en ocasiones el personal administrativo no sabía orientar a las personas usuarias o daban información incorrecta.

En las 3 provincias estudiadas, se expresó que se requieren menos estrategias para poder garantizar el derecho, tanto en lo que respecta a la relación con las personas usuarias como en cuanto a los vínculos entre el personal que garantiza, sus reuniones y gestiones:

> (…) después de la ley, la maravilla de la vida, qué decirte. Otra cosa. Sí, antes trabajábamos mucho en hablar con las mujeres y poder suavizar esa marca de la clandestinidad. Del miedo, de la vergüenza, del qué dirán, de que no anotemos datos, de que no salga en la historia clínica, de qué peligro (Catalina, psicóloga, Mendoza).

> (…) IVE/ILE, bueno, nada, antes era escondernos en algún sucucho para hablar del tema, ver con quién, ver quién estaba escuchando, ver qué médica estaba de guardia, ver qué enfermera tenía ese día en la sala, digamos. Y todo fue muy en secreto, muy tabú. Las primeras entrevistas de ILE eran con psicólogas que venían de afuera del hospital, la médica que lo sigue haciendo hasta el día de hoy, era señalada desde que entraba al hospital hasta que se iba. La ha pasado bastante mal (...) y nada, ya nadie tiene que justificarse de estar trabajando en esto desde que está la ley, realmente fue un apoyo muy importante (Bárbara, trabajadora social, Mendoza).

Se percibe un alivio al no tener que buscar una justificación para el acceso a la práctica:

> (…) no tener que dar ninguna explicación, porque de ahí venía maltrato, bueno, eso se cambió radicalmente, así de un día, así como de la noche a la mañana cambió absolutamente con la ley (Marta, trabajadora social, Mendoza).

De la misma manera, algunas trabajadoras percibieron que las usuarias se sienten más legitimadas y avaladas por la ley:

> O sea, para mí el día que se coronó en mi práctica profesional (...) fue el día que una mujer golpeó y dijo en voz alta en la sala de espera, vengo por una interrupción voluntaria del embarazo. Lo dijo en voz alta. Es la primera vez que nos pasaba en años (...) Pero el cambio que veo es mujeres con menos vergüenza, con menos miedo (Catalina, psicóloga, Mendoza).

Por una parte, la ley también contribuyó a que se puedan mejorar los circuitos, establecer alianzas con los sectores necesarios y facilitó el diseño de estrategias para el acceso:

> (…) que somos los responsables, hagamos cumplir las leyes y que tratemos de garantizar que los circuitos estén aceitados, por ejemplo, que haya turnos protegidos para todas las prácticas, para el laboratorio, para la ecografía, para la medicación. Que haya turnos y que se considere la salud sexual como una urgencia porque vos no sabés si esa persona va a volver y cuando vuelva puede venir embarazada, con lo que eso significa, puede venir (…) con un síndrome de Mondor, eso ya no lo vemos más, o sea, ya no vemos más esto, ya no lo vemos, o sea, que esto es un logro (Romina, funcionaria, Mendoza).

Por otra parte, fue de singular importancia el hecho de que la salud sexual fuera declarada esencial, como fue reconocido por varias de las personas entrevistadas. Varias profesionales y una funcionaria del sector afirmaron que el acceso a ILE/IVE se vio protegido durante la pandemia y que tuvo continuidad el acceso a la práctica en sus centros de salud y hospitales.

También se destacó la importancia de las políticas públicas como provisión de medicamentos, la emisión de protocolos y notas técnicas, las capacitaciones:

> (...) sí hay protocolos y manuales, además actualizaciones permanentes, y eso sí hay que realmente tener un reconocimiento especial al Ministerio Nacional, al Ministerio de la Salud de la Nación que permanentemente está mandando las actualizaciones de los protocolos. Por ejemplo, al principio solamente los tratamientos se hacían con Misoprostol, hoy tenemos Misoprostol más Mifepristona, o sea, ya tenemos los dos tratamientos (...) hay actualizaciones y cursos permanentes, cursos que son cortos, gratuitos, online, para todo el país, digamos, para las actualizaciones de los profesionales y no solamente de los médicos o las médicas, es de todo el equipo (Marta, trabajadora social, Mendoza).

Estrategias del personal de salud

Mientras que estos factores favorables fueron fundamentales, también fueron importantes las iniciativas por parte del personal de salud para mejorar el acceso en la pandemia. Como es esperable, los medios virtuales fueron una herramienta imprescindible. En muchas ocasiones se desarrollaron herramientas digitales para evitar el contacto directo, que luego sirvieron para agilizar los procesos. En general se mencionaron la asignación de turnos por mail o a través de un QR o BOTs, envío de ecografías y resultados de laboratorio de forma virtual, entrevistas y consejerías online o telefónicas. Algunas consultas, como las vinculadas a la salud mental, también pudieron mantenerse de forma telefónica. Además, se destacó la utilidad de las teleconsultas para el seguimiento de casos de violencia doméstica.

El desarrollo del uso de reuniones virtuales también mejoró las instancias de coordinación con otras unidades o con centros de salud apartados o de otras localidades. Además, se implementó la derivación a obras sociales y prepagas y la gestión de turnos en estas instituciones o en otras áreas a través de medios cibernéticos en Mendoza y Santa Fe.

Algunos de estos avances se eliminaron al finalizar la pandemia. Dora, funcionaria de Mendoza, refirió que los estudios, ecografías e informes a menudo se solicitan de forma impresa y aún en muchos casos no se aceptan las recetas virtuales.

De todas formas, algunas entrevistadas advierten que, si el acceso a la salud es mayoritariamente digital, esto puede convertirse en una barrera para quienes no poseen buena conectividad, comparten un celular con otros miembros de la familia, no poseen dispositivos adecuados o no saben manejar algunas herramientas. Clarisa, integrante de una organización feminista de mujeres migrantes residente en AMBA, destacó el problema que puede significar para la población migrante, que muchas veces no cuenta con una alfabetización digital y que puede recurrir a gestores para realizar trámites esenciales a través del mail, como el DNI. Además, en Mendoza, militantes territoriales opinaron que la asignación de turnos a través de un BOT puede burocratizar el acceso a la salud en lugar de facilitarlo.

Más allá de la telemedicina, el personal de salud tuvo otras estrategias para mejorar el acceso a la salud sexual durante la pandemia. Dora, directora de Salud del departamento de Maipú, por ejemplo, explicó que en su localidad se realizaba un seguimiento telefónico de las familias aisladas por COVID y se efectuaba una entrega domiciliaria de medicamentos y alimentos. Dentro de este

programa se incluyó entonces la entrega de anticonceptivos cuando la familia lo requería. Esta misma entrevistada destacó la coordinación con las organizaciones feministas para identificar qué efectores estaban realizando interrupciones, a fines de facilitar la derivación de pacientes que solicitaran la práctica.

Otras profesionales, como Marta, trabajadora social de Mendoza, relataron que se generaron estrategias que prevalecieron después de este contexto, como la implementación de "turnos protegidos" para las ecografías y estudios de laboratorio, es decir, la reserva de una cierta cantidad de turnos para éstas.

Dado que el acceso al aborto suele ser muy dispar a lo largo del territorio, se efectuaron acciones para lograr una mejor cobertura territorial. En Mendoza, trabajadoras sociales de la OSEP, obra social del personal público, indicaron que se realizó un mapeo de efectores amigables, se les brindó apoyo institucional y se promovió el acceso en localidades más pequeñas de la provincia, zonas rurales, y se facilitó la disponibilidad de ecógrafos en esos lugares. Ellas y otras profesionales de Mendoza refirieron también que una dificultad importante para la descentralización durante la pandemia fue el hecho de que existía aún la Ley provincial 8116, derogada luego de la sanción de la Ley 27.610, que prohibía la venta de Misoprostol en farmacias, por lo que el expendio debía hacerse de forma centralizada.

El acceso a la ILE frecuentemente implica realizar traslados, dada la mayor complejidad de la práctica, que debe ser provista en hospitales, con una mayor capacidad técnica y con internación. En la pandemia este tipo de situaciones fueron especialmente trabajosas. Una médica residente en la ciudad de Santa Fe explicó que debió gestionar el viaje de una paciente hacia Rosario, área que estaba atravesando un pico de casos de COVID. Parte del trayecto fue realizado en ambulancia, dado que era uno de los pocos vehículos que tenían permiso para circular, y el último tramo fue hecho en un remise, ya que se exigía aislamiento por 15 días a todas las personas que provinieran de esa ciudad.

Más allá de estas estrategias concretas, en varias entrevistas comentaron situaciones que dieron cuenta del compromiso de muchas de las personas que proveen ILE e IVE, en consonancia con los largos años de militancia que requirió la sanción de la ley. Éstas incluyeron desde acompañar a las pacientes a través del hospital, ayudarlas a sortear trabas burocráticas hasta buscarlas o trasladarlas en sus propios vehículos para que puedan llegar a los centros de salud.

> … A partir de la primera paciente, que una compañera del hospital salió en su auto a rastrearla porque no la encontraban (…) la acompañábamos en la circulación dentro del hospital. Porque no tenés buena cartelería, no tenés cómo llegar y los de seguridad te paraban porque estábamos en pandemia (…) Entonces, el hecho de ir con el guardapolvo al lado de la mujer e ir abriendo la puerta, cambiaba. Entonces, la acompañábamos a la farmacia, retirábamos la medicación, se olvidó el carné, se olvidó el DNI, yo la iba y la sacaba yo o alguna de mis compañeras, sacábamos la medicación (Diana, trabajadora social, Mendoza).

Estas experiencias remiten a dos cuestiones. Por un lado, como plantea Dejours (1990; 2015) las "invenciones" o "trampas" a través de las cuales quien trabaja se apropia del proceso de trabajo, son fundamentales para salvar la distancia entre el trabajo real y el trabajo descrito. En la misma línea, Maffeo (2019) muestra cómo estas "invenciones" son necesarias para la construcción de una intervención feminista que permita reconstruir la subjetividad de las mujeres, en desobediencia del modelo médico hegemónico.

Por otro lado, la distancia entre los derechos enunciados y los recursos asignados puede generar en las personas que trabajan en los servicios de salud una sobreimplicación (Zaldúa *et al*., 2016) en las tareas, disponiendo incluso de recursos propios para reemplazar los que no fueron provistos por el Estado para asegurar el acceso.

También se conocieron en las entrevistas algunas estrategias interesantes que exceden la situación de pandemia. Luisa, obstétrica de AMBA, refirió una experiencia cercana en la que se formaron adolescentes de una escuela del barrio contiguo como promotoras y promotores de salud. Se les brindó información sobre diversos temas de salud sexual, como la necesidad de controles, las enfermedades endémicas en el barrio (como la tuberculosis), anticoncepción, ITS, desnutrición. Luego las y los adolescentes acompañaron a sus pares en diversas situaciones vinculadas a la salud, las violencias, y otros derechos y en sus consultas médicas.

De una forma similar, Verónica, médica de familia de Mendoza, refirió que su gestión creó una agenda de turnos para medicina de familia que recibe derivaciones directamente de las promotoras de salud por consultas de diverso tipo, incluyendo salud sexual.

Sin embargo, muchas profesionales siguen considerando que la estrategia primordial para el acceso a los derechos sexuales es sobre todo brindar información:

> La primera y más importante estrategia que tenemos es darles toda la información de los derechos a las mujeres. Que tienen derecho a ser bien tratadas, a no escuchar los latidos, a no ver la pantalla cuando le hacen ecografía, a que cualquier maltrato o situación incómoda que le generen las personas que la atiendan es denunciable (Catalina, psicóloga, Mendoza).

Dificultades y barreras para el acceso a derechos

Como la provisión de información fue considerada una estrategia primordial para el acceso, la falta de ésta sigue siendo considerada una de las principales barreras para el acceso al derecho, de acuerdo con algunas entrevistadas. En varias entrevistas se mencionó que a menudo quienes se hacen cargo de la provisión de las interrupciones sufren una sobrecarga de trabajo. El corolario es la escasez de equipos en relación con la demanda. En Godoy Cruz, Mendoza, se comentó que la implementación se dificulta por la falta de personal dispuesto. En Rivadavia, también en Mendoza, así como en Pilar, Buenos Aires, sólo 1 de 18 equipos o unas pocas profesionales se hacen cargo de todas las interrupciones de sus territorios.

Sin embargo, a pesar de que se reconoce la necesidad de sumar equipos, también se identifica como primordial el cuidado de la calidad de atención. Se advierte que hay personal que no está adecuadamente capacitado y que brinda información incorrecta a quienes se practican una IVE con medicamentos.

> Y cuando le empezaban a preguntar, bueno, ¿y cómo usaste las pastillas? Y te cuentan cada cosa que vos decís, pero ¿quién te dijo esto? Es como, nada. Eso pasa un montón. Entonces si es una mujer o una persona gestante que vuelve otra vez a hacer otro tratamiento, porque en realidad no es porque falló el Misoprostol, sino es porque falló el personal en explicarle cómo era. O se quedaron con recomendaciones viejas. Nada, esto de sublingual, oral, vaginal, como las vías diversas que hay, crea confusión (Luisa, obstétrica, AMBA).

En Mendoza, algunas profesionales afirmaron que luego de la sanción de la Ley 27.610 lamentaron la pérdida de equipos, circuitos y de la integralidad que se había gestado para la provisión de ILE (el aborto legal por causales de justificación). Opinaron que en esa etapa anterior existía *miedo*, posiblemente a represalias y judicializaciones, producto de la menor certeza jurídica que ofrecía el marco legal anterior, lo cual obligó a un gran perfeccionamiento de un personal altamente comprometido.

En contraste, actualmente la provisión de la práctica se reduciría sólo a la entrega de Misoprostol y pautas de alarma para identificar si es necesario recurrir a la guardia de forma urgente y se pueden pasar por alto situaciones de violencia, abuso u otras cuestiones de salud que podrían ser detectadas durante la consulta por la interrupción:

> (…) En segundo lugar, lo que tenía la evaluación de causales es que a todos les daba miedo (…) Ese miedo hacía que activaran los recursos necesarios para que no se nos escapara ningún hilito. Cuando sale la ley, la ley no obliga a un equipo interdisciplinario…. Antes, (…) si no estaban todas las disciplinas juntas, no salía el informe (…) Y si surgen otros motivos de consulta, si el médico tiene oreja, bien, que pueda canalizarlo. Si no tiene oreja, buenas noches los pastores. Entonces, hay situaciones de violencia de género o situaciones que rayan más el tema de salud mental, que se podrían abordar como un motivo de consulta, agregado al motivo de consulta IVE o ILE en el momento (Diana, trabajadora social, Mendoza).

Otras profesionales percibieron la necesidad de realizar capacitaciones en los aspectos legales de la IVE – ILE, de la ley de identidad de género y respecto de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Sobre este último punto, Verónica, médica de familia de Mendoza, identificó que a menudo no se reconoce la autonomía progresiva, es decir, su derecho a tomar decisiones de acuerdo con su edad y grado de madurez.

A pesar de la ley, algunas entrevistadas opinan que la provisión de servicios de salud depende aún demasiado de las voluntades individuales y que deberían fortalecerse las políticas institucionales. Aún son necesarias a menudo las resoluciones para despejar dudas y miedo:

> Pero hoy todavía no hay un eje institucional para eso. Entonces, tenés esto, algunas individualidades, que, si hubiera una política, esto se podría canalizar de una manera súper interesante (…) Pero por eso digo, hay como un montón de voluntades individuales que están en un modo de aceito y desburocratizo (Diana, trabajadora social, Mendoza).

Como parte de estas fallas en la institucionalidad se señaló que las derivaciones no siempre son adecuadas y pueden ocasionar demoras. Por ejemplo, Carlos, un médico generalista de Santa Fe expresó que las y los profesionales que no efectúan interrupciones a menudo derivan de manera informal, sin una consultoría y sin ecografía o turno para realizarla. Asimismo, explicó que existen centros de salud donde se niegan a efectuar la atención posaborto, a pesar de que no está permitida la objeción de conciencia en esa prestación, por lo que las pacientes deben volver a atenderse con él, en lugar de hacerlo en su propio barrio, cuando podrían haberse ahorrado un nuevo traslado.

A pesar de que se registran avances, se refirió que a menudo existen dificultades para la provisión de interrupciones a través de obras sociales y prepagas. Algunas de ellas tienen pocos centros de salud que cuenten con efectores, en ocasiones en lugares apartados. Varias profesionales de las tres provincias dijeron que el acceso continúa siendo mejor en el sector público.

A su vez, se identificaron otros tipos de situaciones relacionadas con la objeción de conciencia o con obstaculizaciones. Algunas entrevistadas como Luisa, obstétrica de AMBA, afirmaron que esta práctica no era un problema primordial en sus centros de salud. En cambio, otras, como Bárbara, trabajadora social de Mendoza, indicaron la presencia de servicios objetores, sobre todo en cuanto a algunas profesiones, como la gineco-obstétrica.

Más allá de la objeción formalmente realizada, se refirieron varias situaciones de obstaculización, discriminación y acoso a quienes proveen la práctica o a las pacientes. Emilse, trabajadora social de AMBA, explicó que conoce profesionales que atienden interrupción del embarazo, pero desaniman a quienes la requieren, por ejemplo, advirtiendo acerca de la condena social que pesa sobre quienes la efectúan. Por lo tanto, evita derivar a sus consultorios a las usuarias que ya ha identificado.

Verónica, médica de familia de Mendoza, relató un episodio en que un efector de un centro de salud escondió el Misoprostol disponible en un establecimiento. Además, en contraste con la opinión de otras entrevistadas, que consideraron que esto ya no ocurría, otras profesionales de Mendoza dijeron que es frecuente que les den información incorrecta a quienes consultan por IVE en instancias administrativas, que se les impongan trámites innecesarios, que no se les respondan mensajes, se les obstaculice el acceso a turno o que se remita a la persona derivada de vuelta a su servicio. Una práctica frecuente es mostrar imágenes y sonidos durante la ecografía:

> Nos pasó durante mucho tiempo que venían llorando después de la ecografía las mujeres (Catalina, psicóloga, Mendoza).

Otra dificultad a la que se enfrentan quienes proveen interrupciones es la discriminación y ocasionalmente el acoso por parte de sus pares y eventualmente, superiores. Varias entrevistadas de Mendoza y de AMBA comentaron que a lo largo de su carrera profesional recibieron comentarios hostiles en los lugares de descanso o sabían que cargaban con el mote de "abortera". Algunas profesionales incluso sufrieron hostigamiento y denuncias judiciales por parte de grupos religiosos cuando iban a realizar una práctica.

Otras prácticas obstaculizadoras fueron referidas también al nivel de la gestión institucional. Una de las profesionales de AMBA relató que, cuando practicaba ILE antes de la sanción de la ley, existía una gestión que tenía un listado de aquellos equipos que siempre encontraban una manera de justificar las causales para realizar la interrupción.

Además, esta estigmatización puede afectar el acceso a la práctica por parte de las usuarias. En Santa Fe se refirió que, en localidades pequeñas, las personas son muy cuidadosas acerca de qué profesionales las atienden, y evitan algunos servicios para que su situación no se conozca.

Conclusiones

La pandemia conmocionó profundamente al sistema y a los equipos y afectó el acceso a la salud en todos sus aspectos. La salud sexual no podía estar exenta de esta realidad. Sin embargo, varios aspectos de la normativa y políticas permitieron que el sistema de salud esté en mejores condiciones para garantizar derechos ante un evento de tal adversidad. La sanción de la Ley 27.610, declarar esenciales a los servicios de salud sexual, las medidas como el fortalecimiento de la línea 0800 y la emisión de protocolos y notas técnicas fueron importantes ventajas para lograr un mejor acceso. Las estrategias desarrolladas por parte del personal de salud y el funcionariado como la telemedicina y las agendas de turnos protegidos colaboraron para mitigar esta situación, que igualmente dejó tras de sí importantes secuelas tanto vinculadas con el acceso a los derechos como en la salud del personal.

Respecto a la provisión y acceso a la interrupción del embarazo, luego de la sanción de la Ley 27.610 el personal de salud expresó alivio vinculado al respaldo legal de la práctica. De todas formas, mientras la cantidad de equipos que realizan la práctica sigue siendo escasa respecto de la demanda, su aumento se enfrenta al desafío de la calidad de atención y su integralidad. Persisten desafíos en cuanto a la institucionalización, mejoras y estandarización de los procesos, que continúan expuestos a arbitrariedades y sigue siendo necesario despejar prácticas de hostigamiento y obstrucción del acceso.

Bibliografía

Dejours, C. (1990). *Trabajo y desgaste mental*. OPS.

Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Buenos Aires: Topía.

GEDESyR (Grupo de Estudio sobre Derechos Sexuales y Reproductivos) (abril 2020). *Los derechos sexuales y reproductivos en la pandemia.* CEDEHU - UNSAM. Recuperado el 02/02/2024 de: https://www.unsam.edu.ar/escuelas/eh/centros/cedehu/GEDESyR/GEDESyR%20Bolet%C3%ADn%202.pdf

Maffeo, Florencia (2019). La incidencia del movimiento feminista en la atención de la salud de mujeres. El caso de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Morón. En Di Marco, G.; Fiol, A. y P. K.N. Schwarz (comp.): *Feminismos y*

populismos del siglo XXI frente al patriarcado y al orden neoliberal. Buenos Aires: Teseo.

Ministerio de Salud de la Nación (2023a): *Informe ImplementAr IVE - ILE. Ley 27.610. Informe anual 2022. Actualización abril 2023.* Recuperado el 05/04/2024 de: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2022

Ministerio de Salud de la Nación (2023b): *Informe ImplementAr IVE - ILE. Ley 27.610. Informe anual 2023 (enero-octubre).* Recuperado el 05/04/2024 de: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-2023-enero-octubre

Ministerio de Salud de la Nación (2022): *Informe ImplementAr IVE - ILE. Ley 27.610. Informe anual 2021. Actualización julio 2022*. Recuperado el 05/04/2024 de: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2021

Ministerio de Salud (marzo 2020a): *Recomendaciones para garantizar el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia de COVID-19. Nota informativa 1. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 05/02/2024 de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/recomendaciones-salud-sexual-covid-19-nota-1_0.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (marzo-agosto de 2020b): *Impacto de la pandemia COVID-19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva*. Recuperado el 28/02/2024 de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/Impacto_pandemia_COVID-19_respuestas_adaptativas_servicios_salud_para_garantizar_los_derechos_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir (s/f*): Aborto legal y seguro, ¿dónde nos encontrás?* Recuperado el 02/02/2024 de https://redsaluddecidir.org/

Socorristas en Red (junio de 2022): *Sistematización de acompañamientos a abortar realizados por Socorristas en Red (feministas que abortamos) durante el año 2021*. Recuperado el 02/03/2024 de https://socorristasenred.org/sistematizacion-2021/

Socorristas en Red (mayo de 2021): *Sistematización de acompañamientos a abortar realizados por Socorristas en Red (feministas que abortamos) durante el primer año de pandemia por COVID-19*. Recuperado el 02/03/2024 de https://socorristasenred.org/sistematizacion-2020/

Zaldúa, G.; Lenta, M. M.; Leale, H. C. (1-2 de septiembre, 2016): *Trabajar con niños y niñas excluidos: del sufrimiento abyecto a la potencia de lo colectivo.* [Ponencia en simposio]En Navarra, J. y Barnes F. (Ed.) Cuadernos TAS, 69-75.

Sobre lxs autorxs

Patricia K. N. Schwarz. Doctora en Ciencias Sociales, Magíster en Investigación en Ciencias Sociales y Socióloga por la UBA. Investigadora adjunta del CONICET (con lugar de trabajo en el INCIHUSA, CCT-Mendoza), del CEDEHU-UNSAM y del IDEGEM-UNCUYO. Profesora de posgrado de la UNCUYO y de la UNSAM. Estudia las dimensiones de género y derechos de problemáticas de salud pública y sus vinculaciones con tecnologías de información y comunicación.

Graciela Di Marco. Doctora en Ciencias Sociales (UBA); Doctora Honoris Causa. (Universidad Nacional de Misiones). Profesora Emérita. (Universidad Nacional de San Martín-UNSAM). Directora del Centro de Estudios sobre Democratización y Derechos Humanos. CEDEHU.UNSAM. Profesora Titular. Integrante de los GT "Luchas antipatriarcales, Familias, Género, Diversidades y Ciudadanías" y "Feminismos, resistencias y emancipación". Su área de investigación combina los estudios sobre democratización social, movimientos sociales, ciudadanías, feminismos, derechos humanos y políticas sociales.

Leila M. Passerino. Doctora en Ciencias Sociales (FCS-UBA). Licenciada en Comunicación Social (FCEDU-UNER). Investigadora Adjunta del CONICET con sede de trabajo en el CIT Rafaela (UNRaf-CONICET). Docente Investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de UNRaf. Sus líneas de investigación versan sobre problemáticas de salud/enfermedad/atención/cuidados; géneros y sexualidades; ciudadanía, derechos sexuales y accesibilidad.

Claudia Anzorena. Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Magister en Política y Gestión de la Educación (UN Luján), Especialista en género y políticas públicas (PRIGGEP – FLACSO), Licenciada en Sociología de la UNCuyo. Realizó un postdoctorado en Salud Colectiva de la RED SACSIC.

Investigadora independiente del INCIHUSA-CONICET. Docente de posgrado en la UNCuyo, UNJU y UNSL. Estudia sobre los procesos de transformación de las relaciones entre reivindicaciones feministas y políticas públicas, con especial foco los derechos sexuales y reproductivos.

Leila Abdala. Doctora en Ciencias Sociales por la UBA y Socióloga por la UNL. Profesora-investigadora de la UNRaf. Su área de investigación se centra en los estudios de género y sexualidad, con foco en la socioantropología del parto.

Romina Accossatto. Magíster en Estudios Latinoamericanos (USAL-Sorbonne Nouvelle Paris 3) y licenciada en Sociología (UNCuyo). Candidata del Doctorado en Ciencias Sociales de la UBA. Becaria doctoral del CONICET con sede en el INCIHUSA del CCT-Mendoza. Estudia la vinculación entre activismos feministas y derechos sexuales y reproductivos en Argentina.

Paula Azpelicueta. Abogada (UNLP). Especialista en Derechos Humanos y Políticas Sociales (UNSAM). Diplomada en Riesgos del Trabajo (UCCuyo). Integra el CEDEHU-UNSAM.

Carolina Barón. Licenciada en Ciencia Política y Administración Pública por la UNCuyo, maestranda de la Maestría en Estudios Feministas de la UNCuyo. Cumple tareas de relevamiento estadístico de causas de violencia de género y femicidio en la Dirección de Enlace Institucional del Ministerio Público Fiscal de la Provincia de Mendoza.

Pablo Ferrari Gaibazzi. Especialista en Salud Pública y doctorando en Ciencias Sociales (UNCuyo). Becario doctoral del CONICET, con sede en el INCIHUSA del CCT Mendoza. Es docente de grado y posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCuyo. Sus investigaciones se enmarcan en la salud colectiva y giran en torno a la participación popular, cogestión y democratización del campo de la salud.

Florencia Maffeo. Licenciada y Profesora de Sociología (UBA). Magíster en Derechos Humanos y Políticas Sociales (UNSAM). Becaria doctoral del CONICET, con sede de trabajo en el CEDEHU-UNSAM. Profesora del ISFDyT N° 46 y del ISFDyT n°105 (Provincia de Buenos Aires). Investiga sobre políticas públicas, violencia por razones de género, salud, y movimientos sociales.

Maite D. Martín. Licenciada en Antropología. Maestranda en Poder y Sociedad desde la Problemática de Género (UNR), donde estudia las experiencias de no-maternidad de mujeres urbanas santafesinas.

Lucas Marucci. Médico. Especialista en Salud Pública y en Medicina Familiar. Se desempeña como docente de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCuyo y como becario doctoral de CONICET en el área de Temas Estratégicos de Atención Primaria de la Salud y Salud Colectiva en el INCIHUSA del CCT- Mendoza.

Chantal Medici. Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA), Magíster en Políticas Públicas y Gerenciamiento del Desarrollo (UNSAM - Georgetown University), Licenciada en Sociología (UBA). Miembro del Centro de Estudios sobre Democratización y Derechos Humanos (CEDEHU-UNSAM). Estudia los activismos, políticas públicas y jurisprudencia relacionados con la liberalización del aborto en Argentina.

Agustina Rúa. Licenciada en Sociología por la UNVM, doctoranda en Ciencias Antropológicas FFyH-UNC. Becaria doctoral del CONICET (con lugar de trabajo en el CIT Rafaela - UNRaf). Estudia experiencias de acceso al aborto voluntario y legal del embarazo en servicios públicos de salud en dos ciudades intermedias de la región pampeana. Integra el Programa de Estudios Sociales en Salud del Centro de Conocimiento, Formación e Investigación en Estudios Sociales (CCONFINES - UNVM/CONICET).

Andrea Schenk. Socióloga y Profesora de Sociología (UBA). Maestranda en Derechos Humanos y Políticas Sociales (UNSAM). Sus líneas de indagación giran en torno a la ciudadanía sexual de adolescentes y las políticas sociales orientadas a ello. Integra el CEDEHU-UNSAM.

Paulina Serú. Licenciada en Sociología, maestranda en Estudios Feministas y doctoranda en Ciencias Sociales (UNCuyo). Becaria doctoral por Temas Estratégicos en el CONICET con sede en INCIHUSA del CCT-Mendoza, donde estudia los procesos de institucionalización de las políticas de género en ámbitos universitarios de la región. También integra el equipo interdisciplinario de la Dirección de Género y Diversidad (UNCuyo). Es activista del feminismo y la disidencia sexual.

Valeria R. Venticinque. Doctora y Licenciada en Ciencia Política (UNR). Posdoctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Investigadora en la UNL y la UNR-CIEHMGE. Docente de grado en la carrera de Ciencia Política (UNR y UNL) y de posgrado (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Concepción del Uruguay). Sus investigaciones se encuadran en los estudios de género y feministas, buscando analizar los derechos sexuales y (no) reproductivos y sus confluencias con las institucionalidades socio-políticas y los estilos de gestión.