

## **La salud sexual y reproductiva en debate: las opiniones de quienes trabajan en atención primaria de la salud**

Natacha Mateo<sup>1</sup>

Recibido: 31-05-2018

Aceptado: 2-08-2018

### **Resumen:**

Este artículo se enmarca en los análisis de políticas públicas. Específicamente nos interesa indagar respecto del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. El objetivo del trabajo es analizar las opiniones de los/as profesionales de la salud (que se desempeñan principalmente en Atención Primaria de la Salud) sobre la atención que brindan a los/as usuarios/as sobre Salud Sexual y Reproductiva (desde una perspectiva de género y derechos humanos), específicamente Planificación Familiar y Anticoncepción. El trabajo de campo se realizó en dos Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata, en el año 2015, a partir de una perspectiva metodológica cualitativa basada en entrevistas en profundidad y observación participante.

*Palabras claves: Salud sexual y reproductiva - anticoncepción - salud pública - trabajadores de la salud - estudios de género*

---

<sup>1</sup> Lic. en Sociología. Doctoranda en Comunicación (UNLP). Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). E-mail: [mateonatacha@gmail.com](mailto:mateonatacha@gmail.com)

**Abstract:**

This article is the product of research results of a thesis degree in sociology. The aim of this work is to analyze the opinions of health professionals (especially of those involved in Primary Health Care) concerning the care provided to users on the field of sexual and reproductive health from a gender and human rights perspective, specifically family planning and contraception. Fieldwork was conducted in two health centers in the city of Mar del Plata, in 2015, from a qualitative methodological perspective based on in-depth interviews and participant observation.

*Key words: sexual and reproductive health - contraception - public health - health workers - gender studies*

### **Introducción**

Este trabajo se enmarca en los análisis que se sucedieron en la última década sobre la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR). La Ley de Salud Sexual y Reproductiva que lo implementa en el año 2003, sancionada un año antes, es producto de los debates que recorrieron la última mitad del siglo XX. Aunque haremos hincapié en el próximo apartado, es necesario adelantar que fueron las conferencias de El Cairo y Beijing de la década de 1990, las que dieron cuenta del cambio de un paradigma poblacional a uno de derechos.

En esta investigación, partimos de comprender la centralidad que tienen en la implementación de una política pública los/as trabajadores/as de la salud al adaptarla a la cotidianidad del consultorio. En parte, de ellos/as depende que el acceso a los servicios de salud sea fácil o difícil, en tanto y en cuanto se puedan separar sus valores individuales de su práctica profesional o no. Consideramos que estudiar sus opiniones es una forma de abordar un eslabón fundamental de la aplicación de dichas políticas. En ese sentido, el objetivo de este artículo es indagar en las formas en que sus opiniones influyen en la construcción de saberes de los/as profesionales en torno a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en dos Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata, específicamente en temas relacionados con la planificación familiar (PF) y los métodos anticonceptivos (MAC)<sup>2</sup>.

El recorte espacial se circunscribió a la ciudad de Mar del Plata, cabecera del partido de General Pueyrredón. A pesar de ser una ciudad que cuenta con casi 800 mil habitantes, hasta el momento no se había realizado un estudio de este tipo. Además, en el balance del PNSSPR que realiza el Ministerio de Salud (2010), los datos están

---

<sup>2</sup> Este objetivo se desprende de un objetivo específico de la investigación que constituyó mi tesis de grado para la Licenciatura en Sociología: Analizar las opiniones de los/as profesionales de la salud sobre la atención que se brinda a los/as usuarios/as sobre Salud Sexual y Reproductiva, específicamente Planificación Familiar, Anticoncepción, Embarazo no planificado e Infecciones de Transmisión Sexual, en el marco del PNSSPR en dos Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata.

presentados por provincia y, a partir de ellos, es imposible ponderar de qué formas se implementa en cada jurisdicción. En ese sentido, a partir de la focalización en un caso puntual, esta investigación contribuye a matizar los datos agregados presentados por el Ministerio de Salud y a visibilizar las formas en que se implementa dicho programa.

Se decidió trabajar con un encuadre metodológico de tipo cualitativo a partir de dos técnicas de investigación. Por un lado se realizaron entrevistas en profundidad para conocer y comprender las opiniones de los/as profesionales de la salud sobre la implementación de la ley de SSR en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y ver cómo éstas influyen en la implementación de la política. Se realizaron 11 entrevistas a trabajadores/as de la salud, que desempeñan su trabajo en APS. Todas se llevaron a cabo en el Centro de Salud. Con el objetivo de preservar la identidad de los/as trabajadores/as, los nombres han sido modificados. En este sentido, denominamos CAPS 1 y CAPS 2 a los Centros de Salud, y llamamos a los trabajadores por su profesión o especialización (es decir, médico generalista, enfermera, asistente social, etc.).

Por otro lado, se utilizó la observación participante, como técnica complementaria que permite explorar la complejidad de lo social a partir de la simplificación sistemática de la realidad a través de un registro empírico, tanto de los comportamientos de los sujetos sociales como de la dinámica del lugar donde se encuentran (Giroux y Tremblay, 2004). En una primera instancia se realizaron observaciones generales y descriptivas, para luego poder realizar una observación enfocada en algunos aspectos más relevantes para esta investigación que surgieron a partir de las entrevistas. Estas observaciones sólo pudieron realizarse en los espacios comunes del Centro de Salud ya que, respetando los derechos de los/as usuarios/as, no se presenciaron consultas médicas privadas.

A continuación se presenta un primer apartado respecto de algunos antecedentes a tener en cuenta para el análisis; un segundo apartado contiene la

forma en que los/as trabajadores/as de la salud implementan el PNSSPR; un tercer apartado sobre las diferencias entre consejerías de SSR y consultorios de PF; y un cuarto apartado sobre cómo sus opiniones influyen en la entrega de MAC. Por último se presentan las conclusiones y la bibliografía.

### **Algunos antecedentes**

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han sufrido muchas modificaciones durante el siglo pasado. A mediados del mismo, aún no se hablaba de derechos, sino que las temáticas referidas a la natalidad, fecundidad y reproducción aludían a cuestiones poblacionales y políticas de Estado, en lugar de referirse a la salud (Pantelides, 1983; Felitti, 2007). Durante la década de 1960, mientras los colectivos feministas se esforzaban por separar a la sexualidad de la procreación, recién se resolvía en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos que la elección de cuántos hijos tener y cuándo era un derecho de las personas. Dos décadas después se comenzó a mencionar en el mundo el concepto de derechos reproductivos aunque debieron pasar 15 años más para que en las Conferencias Internacionales realizadas en El Cairo y Beijing se ratificara el derecho a poder decidir de manera libre de coerción y violencia sobre la maternidad, entendida como un derecho de las mujeres. Son justamente estas dos conferencias las que representan el quiebre paradigmático que mencionamos en la introducción. La conferencia de El Cairo de 1994 logró enmarcar los aspectos relacionados con la reproducción en una noción de derechos, corriéndolos de las cuestiones poblacionales, donde las mujeres puedan decidir cuándo y cómo ser madres, libres de coerción y violencia. Este nuevo enfoque se cristaliza en 1995 en la conferencia de Beijing, donde se introduce el concepto de derechos sexuales y reproductivos, haciendo hincapié no sólo en cuestiones referidas a la reproducción sino también al disfrute sexual, la prevención de infecciones y enfermedades, las

decisiones sin violencia, etc. Es justamente esta noción de derechos sexuales y reproductivos la que va a retomar el PNSSPR (Mateo, 2017).

Ahora bien, si tenemos en cuenta que todo concepto tiene sus alcances y sus limitaciones, que es un terreno de disputa y que, por lo tanto, incluye y excluye definiciones, nos parece fundamental retomar el planteo que realiza Brown (2014) a partir de la utilización del concepto de derechos (no) reproductivos y sexuales. Para ella, los debates en los años '70 en torno al concepto "derechos reproductivos" como derechos humanos tienen dos puntos de apoyo fundamentales: la lucha feminista por el aborto legal en los países más desarrollados y las resistencias a las políticas coercitivas de control de la población implementadas en los países subdesarrollados. Ambos puntos en realidad no se apoyan en la idea de reproducción, sino todo lo contrario, en la idea de la no-reproducción. Por lo tanto, la conceptualización de los derechos reproductivos, sigue poniendo en primer plano a la reproducción, y dejando de lado la idea de la anticoncepción y el aborto. Es por esto, que la autora decide agregar el (no), entre paréntesis, para poder interpelar la imagen de la mujer como madre, y poder dar cuenta que lo que se llama comúnmente "derechos reproductivos", en realidad alude a las demandas feministas de tener derecho a una maternidad elegida y al derecho de poder elegir no ser madre. Y al mismo tiempo, le parece necesario agregar que los derechos no son sólo (no) reproductivos sino también sexuales, ya que es necesario incluir y visibilizar el ejercicio de otras sexualidades no heterosexuales y no reproductivas (Brown, 2014). En esta línea, todos los debates que se sucedieron en el siglo XX confluyeron en conceptualizar la SSR como el derecho a tener relaciones sexuales placenteras, sin coerción, violencia, riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, ni embarazos no deseados o planificados; aspectos fundamentales para mantener y mejorar la salud practicando el cuidado propio y del otro/a. En consecuencia, este trabajo parte de entender la SSR como un aspecto primordial en la vida de las personas, que abarca desde el ámbito de

la salud y las estrategias de reproducción sexual de las mujeres y los varones hasta sus aspectos culturales, políticos, económicos. Por lo tanto, consideramos que la posibilidad de elegir cuándo y cómo ser madres (en el caso que se desee serlo) es un derecho de todas las mujeres; y por ende, debe garantizarse el acceso universal a la educación sexual, MAC y, en última instancia, al aborto.

En el año 2002 se sancionó en Argentina la Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva; que se propuso garantizar, desde un enfoque de género, el acceso universal a los servicios de SSR con el fin de que varones y mujeres puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, a partir de la implementación de un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR) en el año 2003.

Aunque toda política pública es precedida por un proceso de debate previo a su sanción en el que se expresan todas las posturas al respecto, éstas continúan en tensión en su implementación. Al respecto, los estudios contemporáneos sobre SSR, han podido establecer que los saberes médicos y las representaciones sociales sobre los que estos saberes se construyen, enmarcan el vínculo entre el campo médico, las poblaciones objeto de políticas de salud y el Estado, en tanto agente encargado de diseñar e implementar dichas políticas (Testa, 2006; Rodríguez Cabrera, 2008)<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> La Ley Nacional de SSR logra unificar diferentes legislaciones provinciales ya vigentes, en una misma política pública. A su vez, se crea el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS) con el objetivo de monitorear la implementación de la política pública desde una perspectiva de género.

<sup>4</sup> La política sanitaria argentina desde 1989 hasta la actualidad es entendida como un modelo pluralista de competencia regulada. Dentro de este modelo, el Estado resulta el encargado de regular el sistema de salud: se encuentran los prestadores de la salud (públicos y privados), la cobertura de salud (Obras Sociales y Medicina Prepaga) y el financiamiento del Sistema de Salud (Arce, 2010). Por lo tanto, dentro de este modelo podemos observar un subsector público (nacional, provincial y municipal), un subsector privado y un subsector de seguridad social. A su vez, en el subsector público municipal se ubica la Atención Primaria de la Salud (APS), que debería ocupar el rol de eslabón inicial de una cadena de atención donde se resuelven los problemas de menor envergadura y se derivan a los niveles de atención sucesivos en la cadena (Testa, 2006). Ya que la APS representa el primer contacto entre la población y el sistema de salud público, resulta necesario hacer hincapié en su organización con el objetivo de indagar en su funcionamiento (Stolkiner y otros, 2011).

Sin embargo, son los/as trabajadores/as de la salud quienes establecen el lazo entre la política pública y la población objetivo. En Argentina, la relación entre los/as trabajadores/as de la salud y su rol como agentes de promoción del ejercicio de una SSR plena ha sido un tema problematizado desde las ciencias sociales. El estudio realizado por Ramos y otros (2001), tuvo como objetivo examinar las opiniones de los/as ginecólogos/as y obstetras de los establecimientos públicos de la Ciudad de Buenos Aires y de algunos partidos seleccionados del Gran Buenos Aires (Argentina) sobre temas centrales de la agenda de la salud reproductiva: anticoncepción, aborto y derechos sexuales y reproductivos. Para las autoras, la profesión médica ejerce un papel central en la reproducción humana, ya que éstos son los expertos en la temática y, por lo tanto, ofician de autoridad influenciando a las usuarias de los servicios de SSR. Al respecto, nos interesa remarcar que

... su influencia se desenvolvería a través de: a) sus prácticas, en las que manejan diversos recursos y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; b) sus mensajes, los que comunican a beneficiarios de sus servicios, y así mismo los que transmiten hacia audiencias más amplias. A su vez, por acción u omisión, son los mediadores de las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia del Estado (Ramos y otros, 2001, p. 27).

Aunque la investigación realizada por las autoras es previa a la sanción de la Ley Nacional de SSR, fue pionera de estas cuestiones y, al recuperarla, nos permite realizar una comprensión más acabada de la opinión de los médicos en el contexto anterior a la implementación del PNSSPR. Entendemos que hay varios aspectos en relación con el ejercicio profesional de quienes trabajan en Atención Primaria de la Salud (APS) que podría aparecer bajo la forma de barreras para el acceso a la población. Puntualmente, haremos hincapié en el rol de los/as trabajadores/as de la salud, ya que dichas barreras podrían emerger a partir de *“las concepciones, creencias y perfiles de*

*formación de los profesionales de la salud, sus intereses en el marco de sus desempeños en el sector privado en contraste con los que desarrollan –los mismos profesionales- en el sector público, su apego a ciertas prácticas del modelo asistencial vigente” (Cappuccio y otros, 2006, p. 68). Mientras que por parte de la población “pesan los sistemas de creencias, las filiaciones religiosas, la baja conciencia de los propios derechos y la falta de información adecuada sobre temas de SSR” (Cappuccio y otros, 2006, p. 68-69).*

En el próximo apartado haremos referencia específicamente a cómo aparecen barreras operativas e ideológicas en la forma de implementar el PNSSPR por parte de los/as trabajadores/as de la salud.

### **El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**

La Ley Nacional Nº 25.673 de SSR se aprobó luego de 20 años del retorno de la democracia. El debate comenzó en 1995, pero la Ley se sancionó de manera definitiva en octubre de 2002 (Petracci y Pecheny, 2010, p. 40). En 2003, la implementación del PNSSPR se propuso garantizar el acceso universal a los servicios de SSR. Esto implicaba no sólo promover la existencia de centros de salud y hospitales con provisión gratuita de anticonceptivos, sino realizar un cambio de paradigma, que involucrase a la población en el conocimiento de sus derechos sobre SSR. Los MAC que entrega de forma gratuita el PNSSPR son: cuatro tipos de pastillas anticonceptivas hormonales (dos de ellos especiales para las mujeres que están en período de lactancia), un inyectable anticonceptivo hormonal mensual, un implante subdérmico, el DIU (Dispositivo Intrauterino), los preservativos masculinos y la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria o vasectomía).

Adentrándonos en el análisis de este programa, en un primer aspecto, podemos observar que el balance que realiza el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2010 con respecto su implementación en APS, se focaliza más en la distribución

gratuita de MAC que en los resultados obtenidos en relación a otros objetivos del Programa, como la promoción de la SSR en adolescentes o la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Cuando interrogamos a los/as trabajadores/as de la salud sobre qué consideraban que abarcaba la SSR, muchas de las respuestas sólo se abocaron a la provisión gratuita de MAC, y en la mayoría de los casos, haciendo referencia a los MAC hormonales o el DIU. Por lo que aparecía una asociación directa de la SSR sólo con la prevención de embarazos no deseados.

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

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

En la cita anterior, la profesional relaciona el programa sólo con la entrega de MAC. En el transcurso de las entrevistas aparecieron luego temas relacionados con la importancia de la PF y la necesidad de prevenir las ITS, pero al momento de elaborar una respuesta sobre la noción de SSR, en la mayoría de los casos, lo primero que emergió espontáneamente por parte de los profesionales fue la provisión gratuita de anticonceptivos.

Si tenemos en cuenta que tanto en el balance del PNSSPR como en los discursos de los profesionales de la salud, al referirse a la SSR se hace mayor hincapié en la anticoncepción que en la educación o la prevención de ITS, podemos entrever algunos vestigios de un viejo paradigma que asociaba la SSR sólo con la PF, dejando de lado el disfrute sexual, la posibilidad de elegir no ser madre, y centrándose en una

visión heteronormativa. En este sentido, a continuación analizamos cómo los tópicos de PF y MAC emergieron en el trabajo de campo al referirnos a la SSR.

### **¿Consultorios de Planificación familiar o Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva?**

El PNSSPR también propone un cambio en relación con cómo organizar las consultas respecto de estos temas en APS. Desde las décadas de 1960 y 1970, en los centros de salud existían los Consultorios de Planificación Familiar, abocados íntegramente a la planificación de la maternidad, es decir, dejando de lado aspectos centrales que planteábamos en el apartado anterior, como ejercicio de una sexualidad plena o la prevención de ITS (Cepeda, 2008). Con la sanción de la ley, y la visión de la SSR de manera integral y no sólo reproductiva, se *“promueve la “Consejería” en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva”* (Ley Nº 26.573 de SSR).

En este sentido, podemos observar cómo el Programa no hace sólo hincapié en la planificación de la maternidad, sino que recupera la noción integral de SSR. Sin embargo, aunque en el 2010 el Ministerio de Salud presentó un documento de trabajo con una propuesta de diseño, organización e implementación de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, éstas no se realizaron en la mayoría de los centros de salud. Principalmente se debió a dos factores: por un lado, el PNSSPR se había implementado 7 años atrás, por lo que muchos centro de salud ya habían organizado internamente –porque ninguna disposición establecía criterios al respecto- la entrega de los MAC de provisión gratuita a través de los consultorios de PF ya existentes. Por otro lado, el documento del Ministerio se superponía con programas municipales de Consultorios de Planificación Familiar que no se habían adecuado aún a la nueva ley.

En nuestra investigación, hemos decidido referirnos a la PF por la existencia de programas de PF en el sistema de salud municipal marplatense, y porque los/as profesionales de la salud entrevistados continúan utilizando el concepto de PF para referirse a la entrega de MAC. De ahí que los profesionales de la salud no distinguen la SSR de la PF, y asocian directamente la SSR con los MAC. Esta asociación deja entrever cómo la visión integral que propone la ley en tanto superación del viejo paradigma que se centraba en la PF, sólo se expresa desde lo discursivo, pero en la práctica aún queda mucho por avanzar.

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

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

En el CAPS 1, cada uno de los médicos realiza el trabajo del consultorio sobre PF de manera individual y según sus criterios. Hasta el 2014 todo lo relacionado con PF y entrega de MAC estaba organizado por enfermería. Sin embargo, el último año se incorporaron al CAPS dos obstetras y una ginecóloga, quienes comenzaron a llevar adelante las consultas y el registro, aunque los MAC siguen siendo procurados por enfermería. Según varios de los trabajadores del CAPS, la llegada de nuevos profesionales ayudó a organizar el trabajo y posibilitó que los dos médicos generalistas no tuvieran que hacerse cargo de las consultas de PF, aunque siguen realizando consultas sobre el tema en función de la demanda que haya.

Dicha demanda, en general, no es numerosa y algunos/as trabajadores/as sostienen que las mujeres no asisten a una consulta de PF por una falta de interés personal. Por lo tanto, desde su lectura, las mujeres llegan a la consulta principalmente en dos momentos: cuando asisten a la consulta con el médico por cuestiones no relacionadas con la SSR y éste les pregunta sobre PF, o en las consultas durante el puerperio que se centran principalmente, en que dejen el CAPS con un MAC, en lo posible de larga duración. Creemos que este aspecto, podría indicar cierto paternalismo por parte los/as profesionales respecto de las mujeres. Es decir, no se entiende el problema como producto de un sistema de salud excluyente (que se puede entrever en la falta de turnos, las dificultades en su acceso, la falta de personal, por ejemplo), sino que se carga la falla a las mujeres, responsabilizándolas.

Según un médico generalista, las mujeres no asisten a la consulta, pero desde que se implementó el PNSSPR, se han colocado 150 DIU y hay otras 100 mujeres utilizando MAC hormonales. Más allá de que estos datos son estimados, para el médico...

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

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

Por otro lado, en el CAPS 2 la organización con respecto a la PF es muy diferente, ya que funciona un consultorio referido a la temática tres veces por semana.

La función de este consultorio está relacionada directamente con la entrega de MAC. Por lo tanto, el recorrido de las usuarias se inicia con la consulta al médico clínico, éste las deriva a ginecología, de allí pasan a ser atendidas en el consultorio de PF (que también se ocupa del seguimiento del uso de MAC), y finalmente retiran el MAC en la Farmacia del CAPS.

Lo que resulta problemático de este sistema es, por un lado, la cantidad de intermediarios que aparecen entre la mujer y el MAC, y por el otro, que las mujeres tienen que ir a esperar en la puerta del consultorio desde las cinco de la mañana para conseguir un turno, ya que sólo se entregan 10 turnos por día, lo que genera una barrera para las mujeres en el acceso al MAC.

### **Las diferencias en la entrega de MAC**

Durante el transcurso de la investigación surgió en varias oportunidades la mención por parte de los/as trabajadores/as de la falta de una reglamentación clara en el PNSSPR. Frente a esto, cada CAPS se organiza en función de criterios que establecen los mismos profesionales. Y por ende, sus decisiones al interior del CAPS generan dinámicas que operan a modo de barrera para el acceso universal.

En el apartado anterior, presentamos que uno de los objetivos básicos –aunque no el único- del PNSSPR es garantizar la provisión de MAC de manera gratuita para toda la población. Cabe destacar que al contar el Programa con la opción de varios MAC, cada persona debería poder elegir cuál de esos métodos le resulta más conveniente según su situación. Sin embargo, en los dos CAPS analizados podemos observar que los criterios médicos varían al momento de recomendar un MAC u otro. En este apartado analizaremos puntualmente algunas barreras en el acceso a los MAC. Según la Guía Práctica para Profesionales de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2012), los médicos al recomendar un MAC tienen que tener en cuenta los criterios de elegibilidad propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sin embargo, muchas veces los/as médicos/as afirmaron en las entrevistas que ofrecen un MAC en vez de presentarle a la usuaria todas las opciones. Para poder indagar sobre este aspecto, se les preguntó a los/as profesionales cuáles eran los criterios para recomendar un MAC u otro.

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

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

Este aspecto respecto del DIU es fundamental, ya que deja entrever cómo algunos profesionales utilizan criterios que responden a lo que Cappuccio y otros (2008) definirían como las concepciones, creencias y perfiles de formación de los profesionales de la salud. Estas concepciones, en algunos casos como el que estamos presentando, operan a modo de barrera para el acceso al MAC.

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

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

Aquí es necesario recuperar la frase del médico generalista 1: *“eso depende de quién lo atienda”*. Teniendo en cuenta que dentro del consultorio el médico oficia de autoridad para las usuarias, el hecho de que aconseje usar un MAC en vez de otro sin haber contraindicaciones de por medio, ¿no se contradice con que cada mujer pueda elegir libremente qué MAC utilizar? Para poder adentrarnos en estas preguntas, nos parece fundamental detenernos en cada uno de los MAC que otorga de manera gratuita el PNSSPR, ya que en la investigación hemos constatado que existen algunas situaciones susceptibles de ser analizadas a modo de barreras para el acceso universal.

Con respecto a los MAC hormonales, en el CAPS 1 se genera una discusión referida a diferencias de criterios sobre los requisitos para acceder a ellos. Mientras que el PNSSPR no exige ningún requisito para acceder a un MAC hormonal, en este centro de salud, algunos profesionales consideraban necesario que las mujeres se realizaran controles de rutina.

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

Según el/la profesional, estos “*criterios más duros*” que instaló en el CAPS la ginecóloga eran necesarios porque las usuarias ya no hacían las consultas sino que simplemente retiraban los MAC hormonales. Por lo tanto, la entrega de los MAC se encontraba en “*piloto automático*” y, luego de varios años, éstos estaban contraindicados para la paciente o no se habían hecho controles médicos en mucho tiempo. Por lo tanto, era necesario volver a pensar la forma de entrega de estos MAC. Fundamentalmente, la decisión que tomó la ginecóloga fue la inclusión del PAP como requisito para la entrega del MAC hormonal.

Sin embargo, lo que genera una discusión en el CAPS 1 es la forma en la que el PAP aparece a modo de “enganche” para las mujeres. Más allá de que los médicos generalistas comprenden la importancia de realizar el control anual y consideran que hay que insistir a las mujeres con respecto a ello, no es lo mismo concientizar a las mujeres sobre la importancia de los controles anuales que obligarlas a realizárselos a cambio de la entrega de los MAC hormonales. Sobre todo, teniendo en cuenta que el mismo PNSSPR no exige el PAP como requisito para la entrega.

“una condición que habíamos empezado a poner que yo no había estado de acuerdo era que sí o sí tenía que tener el PAP. Y si no tenés el PAP, te lo saco [al MAC]. Para mí no, de ninguna manera... Porque si la mujer no quería hacerse el PAP, también tiene derecho a elección y de no quiero hacerme el PAP. O sea, para mi decile, “dale hacete el PAP”, pero como condición a mí no”. Médico generalista 1 – CAPS 1.

Con esta cita, se puede ver cómo el PAP debería ser una elección de cada una de las mujeres. Algunos/as de los/as profesionales consideran que deben presentarles a las mujeres las opciones, garantizando sus derechos y su autonomía de decisión, mientras que otros/as consideran que se les debe imponer dicha práctica de forma coercitiva a través de la negación en la entrega de los MAC. Sin embargo, más allá de las diferencias de opiniones entre los/as profesionales, en la actualidad en el CAPS 1 es

obligatoria la realización del PAP anual para la obtención de algún MAC hormonal, lo que da cuenta de cuál es la perspectiva hegemónica hacia dentro del Centro de Salud. En cambio, en el CAPS 2 la ginecóloga aclaró que se pide el control anual, pero que no es condición necesaria para retirar el método, ya que la falta de personal médico y la falta de turnos generan una sobrecarga en los/as profesionales que no les permite resolver todas las demandas. Lo interesante de este aspecto, es que la ginecóloga del CAPS 2 afirma que es la falta de personal la razón por la que no exigen el control anual, en vez de la garantía de los derechos de las mujeres y su autonomía.

Otro aspecto importante que apareció en los dos CAPS con respecto a los MAC hormonales fue, desde la implementación del PNSSPR, la discontinuidad en su entrega. En esos casos, se le ofrecía a la usuaria que utilice otro MAC. Sin embargo, la Asistente Social del CAPS 1, al hablar sobre las mujeres que llegaban con embarazos al CAPS hizo referencia a que algunos de ellos eran producto de esta discontinuidad.

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

Lo interesante de esta cita, es que la asistente social no pone el énfasis en que ese embarazo es producto de la falta del MAC, sino en la mujer que no tiene la “conciencia” de cuidarse de otra forma. No aparece una autocrítica (ya sea con respecto al rol del CAPS o al PNSSPR) por discontinuar la provisión de MAC que expone a las mujeres a embarazos no buscados, sino que se deposita toda la responsabilidad en la mujer. Al respecto, Brown traerá las palabras de Araujo y dirá que “*el énfasis*

*puesto en la información, como aquello capaz de transformar la posición del sujeto frente a su enfermedad o su salud sexual y reproductiva, lleva tácitamente la idea de un sujeto racional y voluntarista que solo necesita la información necesaria para poder hacerse responsable de su propia vida, como si la emocionalidad, lo azaroso, lo imprevisible del funcionamiento del cuerpo en general o más acotadamente de los afectos, el erotismo y la sexualidad pudieran controlarse a fuerza de razón y voluntad”* (Araujo, 2009 en Brown, 2015, p. 337). Es necesario retomar esta idea de Brown (2015) ya que aporta al cuestionamiento de que el embarazo no deseado es por falta de “conciencia” como si las personas tomaran todas sus decisiones a partir de un análisis exclusivamente racional. El hecho de que los/as profesionales deleguen toda la responsabilidad en la mujer denota la falta de autocrítica tanto de sus prácticas como del sistema en el que están insertos.

Con respecto al implante subdérmico, se puede colocar en el mismo CAPS, sin necesidad de que la usuaria concurra a un centro de salud de alta complejidad. Este implante dura tres años y está dirigido exclusivamente a adolescentes de entre 15 y 19 años que hayan tenido un evento obstétrico (parto o aborto) en el último año. Lo que se pudo apreciar es que los trabajadores hacen referencia a la escasez de implantes. Por lo tanto, se define entre el equipo de salud qué adolescentes van a ser beneficiarias de dicho método. En esta línea, la asistente social del CAPS 1 hace referencia a que, aunque lo deciden interdisciplinariamente entre los médicos generalistas, las enfermeras, la obstetra y ella, quienes más peso tienen en las definiciones son la obstetra y las enfermeras porque conocen a la familia de la adolescente. De esta manera, los médicos generalistas y la ginecóloga quedan en un segundo plano ya que tienen menos peso al momento de tomar definiciones.

“Con el tema del implante, como hay tan poquitos, estamos tratando de enfocar en mamás jovencitas y que por ahí son como más de riesgo o ellas están más solas

entonces como que otro embarazo sería mucho más complicado, y bueno, ahí como que estamos trabajando juntas. Entre la obstetra, yo y la generalista, con el equipo de la sala en realidad porque hay algunas mamás que por ahí yo no intervení que no tenía la... la obstetra la captó en la consulta de ella y ya por ahí la enfermera ya todos conocían a la familia y ya se resolvió que se lo ponían. Y por ahí las que yo veo por ahí que habría que ponérselo, “por favor”, hablo con la obstetra y lo vemos juntas”. Asistente Social – CAPS 1.

En la cita anterior se hace referencia a la necesidad de construir criterios para la definición de qué usuarias van a ser beneficiarias de un implante, ya que no alcanzan para todas. Sin embargo, lo interesante es ver cómo estos dichos parecerían indicar la invisibilización de la usuaria en esa decisión. Por ejemplo, cuando la asistente social se refiere a que “*ya se resolvió que se lo ponían*”, da a entender que la usuaria no formó parte de la decisión. El proceso de deliberación entre los/as profesionales sobre la posibilidad o no de la mujeres de acceder a un implante no culminaría en una oferta, sino en una imposición. Esta idea da cuenta de la forma que adquiere la relación entre los/as profesionales de la salud y las usuarias. Tanto en la falta de acceso a las consultas de PF como en la responsabilización de la mujer en los embarazos no planificados que planteábamos anteriormente, aparece esta visión paternalista de los/as trabajadores de la salud, donde se opacan las decisiones de las mujeres. Fundamentalmente, aparece la idea de que, en los casos en que el sistema de salud o el rol de los/as profesionales falla por algún motivo, es responsabilidad de las mujeres que no tomaron alguna decisión de manera “*consciente*”, mientras que en otros casos como el anterior, parecería que se invisibiliza a la mujer en la toma de estas decisiones.

Con respecto a los preservativos, en el CAPS 2 son entregados por la farmacia que se encuentra dentro del centro de salud, lo que opera a modo de barrera para las personas que no pueden acercarse al CAPS en sus horarios. En cambio, en el CAPS 1 se dan diferentes estrategias para la entrega de los mismos. Por un lado, hay un *dispenser*

de preservativos en la administración, que no se encuentra muy visible ya que dos profesionales afirmaron que en el CAPS no hay *dispenser*. Aunque efectivamente existe ya que pudimos observarlo durante el trabajo de campo (vale remarcar que siempre se encontraba vacío y aunque una de las enfermeras mencionó en el transcurso de la entrevista que debía llenarlo, no lo hizo). Uno de estos profesionales, hizo referencia a que la falta de *dispenser* se debía a que

“la gente se lleva a mansalva..., es algo que tendría que ser entregado bien”. Enfermera  
2 – CAPS 1

Cuando le preguntamos a qué se refería con “*ser entregado bien*”, nos explicó que en el CAPS las enfermeras confeccionan paquetes de 10 preservativos, para que la gente los pueda pedir y así evitar que el resto de las personas que concurren al CAPS vean lo que se están llevando. A las enfermeras les parecía, en sus propias palabras, un mecanismo para poder llegar a la gente que aún le da vergüenza el uso de los preservativos, y al mismo tiempo evitar que gente que no los fuera a utilizar se los lleve indiscriminadamente. Sin embargo, un médico generalista criticó esta medida y sostuvo que los preservativos se debían entregar igual ya que la gente debía poder acceder a la cantidad que necesitara sin tener que pedírselos a un profesional. Por otro lado, algunos profesionales como la asistente social, se refirieron a que tenían preservativos disponibles en sus consultorios por si las personas les pedían.

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

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

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

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

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

En síntesis, al observar las diferencias que se presentan en cada uno de los CAPS se puede ver no sólo una presencia mucho más activa de las mujeres que de los

varones, sino que estos están casi invisibilizados. En pocas ocasiones los varones acompañan a las mujeres en sus visitas al CAPS sobre temas relacionados con la SSR.

### **Conclusiones**

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

La atención sobre temas relacionados con SSR no se realiza en los CAPS de manera sistemática. En ninguno de los dos CAPS que observamos para esta investigación funcionaba una consejería sobre SSR. Sólo en el CAPS 2 había una consejería sobre PF, que se ocupaba del seguimiento de las mujeres que recibían un MAC. En ese centro de salud, las mujeres deben iniciar la consulta con el médico clínico, que las deriva a ginecología y de allí pasan a ser atendidas en el consultorio de PF hasta que finalmente retiran el MAC en la farmacia. Indefectiblemente, el recorrido que deben realizar las mujeres para acceder a un MAC no sólo es largo sino también complejo y genera principalmente dos obstáculos. Por un lado, la cantidad de intermediarios entre las mujeres y el MAC, y por el otro, la falta de turnos y las dificultades que deben atravesar para conseguirlos. Obstáculos que se imponen entre las mujeres y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Los/as profesionales de la salud, por su parte, establecen una relación directa entre la SSR y la entrega gratuita de MAC, especialmente la distribución de MAC hormonales y colocación de DIU; centrando el foco de la SSR en la prevención de los embarazos no deseados y dejando de lado aspectos centrales como las ITS.

La distribución gratuita de MAC ha sido uno de los objetivos principales del PNSSPR, y a grandes rasgos, se ha logrado llevar adelante. Sin embargo, han surgido

diferentes opiniones al respecto por parte de los/as trabajadores/as de los CAPS que, a nuestro criterio, generan diversos tipos de obstáculos. Frente a la falta de claridad del PNSSPR sobre la forma de distribución del MAC, en cada CAPS se organizan de diferentes maneras.

Con respecto a la entrega de MAC hormonales, en el CAPS 1 hemos podido ver que la exigencia de un control ginecológico anual genera variadas posturas hacia adentro del mismo. En ese aspecto, aunque el objetivo de los/as profesionales siempre es que las mujeres se realicen los controles, aparece una clara diferencia de procedimiento: la concientización y la imposición.

La entrega gratuita del preservativo adquiere numerosas formas de distribución que están basadas en las opiniones de los/as profesionales. Por lo tanto, el hecho de que cada CAPS defina la manera en que se distribuyen, ya sea en un sobre, un *dispenser*, en la visita al consultorio o en la farmacia, revela la forma en que estos/as profesionales conciben a la anticoncepción; algo similar a lo que ocurre con la entrega de la MAC de emergencia.

A su vez, también hemos podido ver cómo los trabajadores de la salud depositan siempre en la mujer la responsabilidad de estar transitando un embarazo. No aparece una autocrítica sobre su rol como profesionales, o una crítica a la falla o falta del MAC. Esto se pudo observar cuando aparecía una referencia a la causa del embarazo no planificado como que *“no se cuidó”* o no fue *“consciente”*.

Sin embargo, ¿qué ocurre cuando el recurso no se encuentra disponible? ¿Si no hay MAC hormonales disponibles en el CAPS? ¿Si la farmacia está cerrada para conseguir un preservativo? Aún con estas barreras que se imponen desde los CAPS, para los/as profesionales, la responsabilidad recae siempre en las usuarias.

En nuestro trabajo, observamos que no existe una reflexión mayoritaria sobre la práctica profesional, ni una voluntad institucional por establecer criterios comunes para los CAPS acerca de la implementación del PNSSPR, generando desventajas y

límites en el acceso a la SSR. Los criterios discrecionales de los trabajadores de la salud generan accesos diferenciales a los MAC y centran la preocupación en las estrategias de distribución de métodos y no en políticas del cuidado de la salud.

En esta misma línea de análisis, Ramos y otros (2001) plantean que la influencia que tienen los profesionales de la salud establece una relación asimétrica de poder con los usuarios, operando como mediadores entre las decisiones de los usuarios con respecto a la SSR y las políticas públicas propuestas por el Estado en la materia. En esta acción de mediación las opiniones juegan un rol fundamental.

Este paradigma del cuerpo de trabajadores/as de la salud tal vez sirva para explicar también el énfasis puesto sólo en la mujer en lo que respecta a la SSR, como así también en los embarazos. Al respecto, cuando Brown (2014; 2015) propone el concepto de derechos sexuales y (no) reproductivos, sostiene que aunque la ley contemple no sólo a las mujeres sino también a los varones, los/as adolescentes, los/as adultos/as mayores, en las prácticas concretas son éstas a las que se las interpreta en su calidad de madres presentes o futuras. Y en ese sentido, aunque la ley de SSR retome una visión amplia sobre estos derechos, estos no han aparecido en las prácticas de los/as profesionales, y en algunos casos siquiera en sus discursos, enfatizando una visión de la salud exclusivamente reproductiva al centrarse en la provisión gratuita de MAC, y en modelo médico hegemónico que responsabiliza a las mujeres por las falencias tanto de los profesionales como del sistema de salud.

A partir de los resultados arrojados por nuestra investigación, entendemos la necesidad de recoger y abordar esta discusión teórica para futuros análisis tanto de programas como de leyes, pero también para discusiones previas al momento de pensar un marco normativo. Entendemos aquí que tanto la regulación e implementación de una Ley o la aplicación de un programa nacional -ya sea en materia de SSR como de cualquier otro derecho humano- debe pensarse desde una perspectiva teórica que pueda contener la tensión y los procesos de negociación, así como también

la direccionalidad y verticalidad que adoptan las opiniones y las representaciones de los/as profesionales.

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

### **Bibliografía consultada:**

ARCE, H. (2010). *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va. Qué pasó en el mundo, en el país y en los hospitales durante el siglo XX. Por qué estamos como estamos*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

BROWN, J. L. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales*. Buenos Aires: Teseo.

BROWN, J. L. (2015). Sentidos sobre derechos, salud y sexualidad en Argentina. Un estudio exploratorio. *Question*, 1 (48). Universidad Nacional de La Plata.

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

CEPEDA, A. (2008). Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006). *Prácticas del oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, 2. Universidad Nacional de General Sarmiento.

FELITTI, K. (2007). El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX. *Dynamis*, 27. Buenos Aires.

GIROUX, S. Y TREMBLAY, G. (2004). *La observación. Más allá de las apariencias*. En *Metodología de las Ciencias Humanas*. México: Fondo de Cultura Económica.

MATEO, N. (2017). Los debates conceptuales respecto de la salud sexual y reproductiva: ¿un problema de derechos humanos? *Trabajos y Comunicaciones*, 46. ISSN: 2346-8971.

PANTELIDES, E. A. (1983). La transición demográfica en Argentina: un modelo no ortodoxo. *Desarrollo Económico*, 22 (88). Buenos Aires: IDES.

PETRACCI, M Y PECHENY M. (2006). Derechos humanos y Sexualidad en la Argentina. *HORIZONTES ANTROPOLÓGICOS*, 12 (26). Porto Alegre.

RAMOS, S., GOGNA, M. PETRACCI, M., ROMERO, M., SZULIK, D. (2001). Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica? Buenos Aires: CEDES.

RODRÍGUEZ CABRERA, A. Y OTROS (2008). La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (3). La Habana.

SAUTÚ, R. (2009). *La construcción del marco teórico en la investigación cualitativa*. Buenos Aires.

STOLKINER, A., COMES, Y. Y GARBUS P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 16 (6). Associacao Brasileira de Pós-Graduacao em Saúde Coletiva. Brasil.

TESTA, M. (2006). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

VALLES, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.