



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: La atención primaria ¿una puerta de entrada o un embudo en el sistema de salud?: representaciones sociales sobre el acceso a la salud sexual integral de lxs adolescentes durante la pandemia del COVID-19

Autores (en el caso de tesis y directores):

Facundo Más Mallea

Juan Pablo Pascual Iramain

Alejandra Bazzalo, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2022

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
AREA DE INVESTIGACION:**



“La atención primaria ¿una puerta de entrada o un embudo en el sistema de salud?

Representaciones sociales sobre el acceso a la salud sexual integral de lxs adolescentes durante la pandemia del COVID-19”

Autores:

Más Mallea Facundo, DNI: 38058578.

facundoivanmasmallea@gmail.com.

Pascual Iramain Juan Pablo DNI: 39.388.034.

jppascualiramain@hotmail.com.

Tutora Temática:

Alejandra Bazzalo, DNI: 20493085. abazzalo.mds@gmail.com.

Seminario TIF/Tesina, Cátedra Clemente: 2do cuatrimestre del año 2020.

Fecha de presentación: 31/03/2022.

Agradecimientos:

A la familia por la ineludible tarea de acompañarnos en este proceso y enseñarnos desde la ternura y la escucha, que la lucha por los derechos humanos es un faro en nuestro camino.

Por estar desde los comienzos en nuestra amada sociales, hasta las últimas hojas de esta tesis.

A les amigos que nos acompañaron con mates las cursadas y las birras formadoras de pensamiento crítico en el patio.

A Jime por su paciencia y compromiso hacia nosotros.

A nuestra tutora temática Alejandra Bazzalo por asumir la responsabilidad de tutoriar esta tesis en medio de una pandemia.

A la carrera que nos aportó las herramientas para levantar las banderas de la justicia social.

A la facultad; por regalarnos la militancia y la formación en la educación pública.

Gracias damos a la desgracia...

Y a la mano con puñal...

Porque nos mató tan mal...

Y a la hora del naufragio y de la oscuridad...

alguien te rescatara, para ir cantando.

Resumen:

La presente investigación tiene por objetivo analizar los procesos de accesibilidad en torno a la salud sexual de la población adolescente, que se atiende en dos centros de atención primaria del municipio de Vicente López. La finalidad es comprender las vinculaciones de lxs mismos con las representaciones sociales que tienen lxs miembros de los equipos de salud sobre la accesibilidad de dicha población. La perspectiva teórica considerada fue a partir de las corrientes sobre salud colectiva, la teoría de las representaciones sociales, la teoría de campos y los lineamientos de la Atención Primaria.

Se trató de un estudio cualitativo de carácter descriptivo y exploratorio en el cual se realizaron seis entrevistas semi-estructuradas a dos equipos de salud de atención primaria del Municipio de Vicente López en el conurbano bonaerense norte.

Cabe destacar que el trabajo de campo se llevó adelante en el contexto del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (D.I.S.P.O) producto de la pandemia del SARS-COVID 19 entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021. Circunstancia que visibilizó y condicionó el acceso a la salud en la sociedad.

Los hallazgos encontrados demuestran la dificultad de llevar a cabo intervenciones que aborden de forma integral y participativa la salud sexual. Se trabaja centralmente sobre lo reproductivo y preventivo. La mera llegada de les adolescentes al sistema no alcanza para garantizar sus derechos ni afirmar una accesibilidad plena e integral.

Palabras claves: Salud Pública. Accesibilidad. Juventudes. Representación social. Salud sexual integral. Atención Primaria de Salud, Géneros.

“Los problemas de la medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría.”

Ramón Carrillo.

Índice

Capítulo 1: Sistema de salud, políticas públicas y adolescentes	5
1.1 El sistema de salud en Argentina: Una tríada histórica y compleja	5
1.2. Miradas y conceptualizaciones sobre las juventudes y las adolescencias	11
1.3 La salud sexual desde una mirada integral.....	13
Capítulo 2: La atención de la salud sexual integral mediante las estrategias de promoción y prevención desde los C.A.P.S.	16
2.1 Caracterización de los C.A.P.S. de Vicente López	16
2.2 Prácticas de promoción y prevención	18
Capítulo 3: Dimensiones de la accesibilidad, de las representaciones sociales a las prácticas ...	23
3.1 Representaciones sociales, atención primaria de la salud y accesibilidad.....	23
3.2 Barreras en la accesibilidad administrativa/organizativa	25
3.2.1 Los registros y las estadísticas como estrategia de intervención.....	25
3.2.2 Organización del tiempo y planificación	26
3.2.3 Sistema de Turnos ¿El sistema se adapta a la población o la población se adapta al sistema?	30
3.2.4 Segundo Nivel, “un muro invisible”	34
3.2.5 ¿A dónde van los varones? ¿Un bache en el sistema de salud?	38
3.3 Accesibilidad Económica.....	44
3.4 Accesibilidad tecnológica/digital	47
Capítulo 4: La accesibilidad psico-socio-cultural ¿Cómo se constituye el vínculo entre los equipos de salud y la población adolescente?	51
4.1 La accesibilidad ¿Cultural, simbólica o psico-socio-cultural?	51
4.2 Participación adolescente en los centros de salud	54
4.2.1 La adherencia ¿a qué? ¿Cumplimiento terapéutico o participación adherente?	55
4.2.2 Desencuentros entre lxs adolescentes y los equipos de salud durante la pandemia de 2020 ..	60
4.2.3 Uso y formas de concurrencia de lxs adolescentes en el centro de salud	61
4.3 La comunicación interpersonal entre lxs adolescentes y el equipo de salud	63
4.4 Imaginario sobre la adolescencia ¿Cómo se piensa a lxs jóvenes en la atención?	65
4.5 Imaginarios sobre la Atención Primaria de la Salud	69
5. Conclusiones	75
Referencia bibliográfica:	1
Referencias normativas	7
Anexo 1: Consentimiento informado	8
Anexo 2: Tabla de identificación y características de la muestra. Fuente: Elaboración propia ..	9

Introducción

La presente investigación surge a partir de la materia Seminario de Trabajo de Investigación Final de la Cátedra Clemente para la Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. El tema investigado es acerca de la accesibilidad de la población adolescente a la salud sexual integral en centros de salud del partido de Vicente López, provincia de Buenos Aires. El objetivo principal fue conocer las representaciones sociales de los equipos de salud sobre la accesibilidad en la atención de la salud sexual integral de jóvenes. Para ello se propusieron, como objetivos específicos:

- indagar y analizar las formas de atención de la salud sexual integral a la población adolescente en dos centros de salud en atención primaria;
- explicar y describir las representaciones sociales sobre la accesibilidad a la salud sexual y reproductiva de lxs adolescentes, construidas por estos equipos de salud (de ahora en más E.S.);
- identificar y comprender la construcción vincular entre los E. S. y la población adolescente, a fin de conocer la reconfiguración del mismo durante el contexto de la pandemia.

El trabajo analiza la idea de repensar la concepción de la adolescencia tanto desde el sentido común como en los imaginarios sociales. A su vez, es interesante pensar esta categoría en relación a la Atención Primaria de la Salud (de ahora en más A.P.S) como estrategia de atención. Se parte de reflexionar sobre la accesibilidad desde una mirada relacional, definida como el encuentro y desencuentro entre los E.S. y la población. Es en el devenir de esta relación donde se pone en juego la accesibilidad de la población adolescente. Junto a esto, se considera relevante el estudio acerca de las juventudes y las problemáticas ligadas a ella. Según el informe del Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU)¹ de 2020, existen diversas problemáticas y obstáculos en lo que refiere a la salud. Algunos de ellos son: miradas adultocéntricas, biologicistas y binarias en el sistema de salud; sus áreas no cuentan con un abordaje específico y efectivo para la población juvenil; el sistema de salud llega tarde o trabaja sobre la urgencia, muy poco en la prevención o promoción; hay una brecha tecnológica que incide negativamente en el acceso a la información y la comunicación; y existe una fuerte invisibilización de la juventud caracterizándola y generalizándola con postulados o frases que juzgan desde una mirada criminalizante y de peligrosidad de lo juvenil (CONSAJU, 2020).

¹ Véase en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/creacion-del-consejo-asesor-de-salud-adolescente-y-juvenil>

Se buscó indagar sobre los procesos que impiden o facilitan el acceso a derechos y servicios públicos. Considerando las barreras y facilitadores que identifican lxs profesionales de los centros de salud. Además, se destacan las transformaciones que trajo la pandemia a este vínculo, repercutiendo en el acceso a la salud sexual integral.

La salud en la adolescencia toma una relevancia crucial para la subjetividad de cada persona ya que comienzan procesos de transformaciones atravesados por el deseo, la autonomía, la independencia entre otros aspectos. El marco normativo de este trabajo se enmarca bajo las siguientes normativas; ley provincial N°13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, ley nacional N°23.849 de Identidad de Género, ley N°25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y la ley nacional N° 26.150 del Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

En cuanto a lo metodológico, es un estudio cualitativo de carácter descriptivo, exploratorio y comparativo. La complejidad del escenario social en el que transcurrió la investigación, presentó nuevos y complejos desafíos para poder captar la realidad y trabajar en ella. La dificultad que implicó investigar sobre salud, en el marco de la pandemia del SARS COVID-19, repercutió fuertemente en el proceso, teniendo que reformular la planificación inicial y adaptarla. De esta forma, se dejó de lado el objetivo de llevar adelante las entrevistas y encuestas a adolescentes ya que se dificultó la posibilidad de conseguirlas.

El instrumento principal de recolección de datos fueron entrevistas semi-estructuradas. Se realizaron seis (de opinión y valoración) a los equipos de salud divididos en dos grupos de tres profesionales de dos centros de salud. Las ventajas de seleccionar dos centros distintos permiten analizar las distintas miradas y las formas de trabajo de lxs profesionales, comparando uno con otro, enriqueciendo el análisis. Se aclara que la misma, es una muestra no probabilística intencional.

Otra de las dificultades que encontró el equipo de investigación fue la realización de las entrevistas debido a la pandemia. Por cuestiones protocolares, en el primer centro entrevistado, denominado como “centro a” las entrevistas fueron mediante la plataforma de Zoom, con videollamadas. Y en el “centro b” las entrevistas pudieron ser in situ, ya que los protocolos así lo permitieron. Se destaca esta diferencia, siendo la primera más dificultosa que la segunda, por los horarios a la hora de coordinar la reunión, por la conexión de internet, por el impedimento al momento de la observación del lenguaje no verbal. Completando la información surgida en las entrevistas se realizaron cuatro reuniones con informantes claves, dos respectivamente con cada centro y seis visitas a los mismos, siendo tres en el “a” y tres en el “b”. Las mismas, se realizaron siguiendo los protocolos correspondientes en relación a la

situación sanitaria que atravesaba el país. Cabe destacar que, a lo largo del trabajo, se hace referencia al total de la población que se asiste a los centros de atención primaria de la salud (de ahora en adelante C.A.P.S.) para luego distinguir el comportamiento de la población adolescente en ese contexto.

Los criterios de inclusión de las entrevistadas, fueron una trabajadora social, una ginecóloga y una administrativa. Cabe destacar que las seis entrevistadas fueron mujeres. Los fundamentos de su elección tienen que ver con ser actores fundamentales en el centro de salud. La elección de la trabajadora social permite reflexionar respecto de la profesión de los propios investigadores y permite pensar procesos de salud por fuera de lo biológico. La Ginecóloga se elige por ser una de las profesiones con mayor trabajo con adolescentes en salud sexual según los resultados de las visitas en el campo mediante fuentes secundarias y entrevistas a informantes claves. Por último, el rol de la administrativa es fundamental al hablar de accesibilidad ya que es la primera persona en contactar con quien llega al centro de salud.

Se resguardó la identidad de las entrevistadas a fin de conservar su integridad y su confidencialidad. Se les entregó un acuerdo de consentimiento informado, sobre las grabaciones en cada entrevista, explicitando que la información obtenida sólo se utilizaría para fines académicos que competen a esta investigación y explicitando que contarían con la posibilidad para no responder cualquiera de las preguntas que se les hiciera. Sus respuestas se guardaron en forma anónima, adjudicando códigos correspondientemente.

Para el procesamiento de datos se utilizó el método de comparaciones constantes mediante el programa ATLAS.TI (software para el análisis cualitativo de datos).

En cuanto a la estructura del trabajo, se divide en cuatro capítulos. En el primero se trabaja sobre la estructura del sistema de salud argentino donde se realiza una breve historización a fin de comprender cómo se configura para pensarlo hoy con el atravesamiento de la pandemia. Además, se delimitan los marcos conceptuales en relación a lxs adolescentes cómo sujetxs fundamentales para pensar políticas públicas. Para finalizar el capítulo se define la salud sexual de forma integral.

En el capítulo dos, se caracterizan los centros de salud, su territorio, su población, y el tipo de trabajo que vienen teniendo con la población. Para luego desarrollar cómo piensan e implementan las estrategias de promoción y prevención.

En el capítulo tres, se profundiza en las dimensiones de la accesibilidad en relación con sus posibles barreras y facilitadores. A fines prácticos, se divide este capítulo en distintas barreras. Estas son: administrativa, económica y tecnológica-digital. En cada subtítulo se vincula con las representaciones sociales que manifiestan mediante sus discursos las profesionales de los

centros de salud.

Por último, en el capítulo cuatro, se trabaja sobre la noción de la accesibilidad psico-socio-cultural, poniéndola en diálogo con las nociones de accesibilidad cultural y simbólica. Luego, se analiza el vínculo entre los E.S. y la población adolescente mediante cinco dimensiones (participación, usos del servicio, comunicación, imaginario adolescente e imaginario sobre A.P.S.)

Cabe aclarar en cuanto al uso del lenguaje, que él mismo es una preocupación central de quienes participan en la producción de esta investigación. Se intentó que el mismo no discrimine, ni excluya y que permita visibilizar todos los géneros. Teniendo en cuenta que no hay un acuerdo unívoco al respecto se optó por tres criterios; evitar el uso de expresiones discriminatorias; visibilizar el género cuando la situación comunicativa y el mensaje lo requiera para lograr una comprensión correcta y no hacerlo cuando no resulte necesario.

Capítulo 1: Sistema de salud, políticas públicas y adolescentes

En este capítulo, en una primera instancia, se desarrolla de forma general cómo se construyó socio históricamente la tríada del sistema de salud argentino. El formato híbrido de este (Barbeito y Lo Vuolo; 2004), instituido en el país desde el siglo XX, genera tanto potencialidades como dificultades para mejorar las condiciones de vida de la población. Conocer la historia del mismo facilita una mirada situacional para desenredar el complejo nudo que implica dicho sistema y facilita una mirada situacional. En segunda instancia, se definen los criterios de elección del sujeto adolescente y la importancia de los mismos en la formulación de las políticas públicas como parte fundamental en el desarrollo de esta investigación. Para esto se utilizan datos estadísticos que dan cuenta de dicha importancia. Finalmente, y en tercera instancia se trabajan los aspectos que hacen a las principales legislaciones sobre la salud sexual integral, en general, como de la salud reproductiva, en particular.

1.1 El sistema de salud en Argentina; una tríada histórica y compleja

El sistema de salud en Argentina posee características muy particulares y singulares volviéndose muy distinto al de otros países de la región y el mundo. Se lo ha definido como un sistema híbrido², ya que está estructurado bajo tres subsistemas: el público, el de la seguridad social (obras sociales), y el subsistema privado. Esto genera una amplia heterogeneidad y complejidad ya que cada uno de estos subsistemas funciona de forma autónoma y descentralizada. Su complejidad está relacionada con distintos elementos. Por un lado, la diversidad de actores que mediatizan la salud con funciones que se superponen, sumado a la importante fragmentación del mismo ya que no hay una única entidad que dirija todos los sistemas. Según Isuani (1986) la excesiva fragmentación se manifiesta y sitúa dentro de un sector público donde los niveles, tanto provinciales como municipales y nacionales, presentan altos grados de autonomía. Además, la gran ramificación de las obras sociales vuelve aún más heterogéneo el panorama de la atención en salud. A su vez, la diversa oferta del sector privado genera una escasa coordinación entre los tres subsistemas.

² Una característica particular del Estado argentino en materia de atención a la salud es que se lo ha denominado por algunos autores como un sistema híbrido de atención. Esto se debe principalmente a la estructura tripartita que conforma la atención a la salud en nuestro país: 1) el sistema de salud pública; 2) el sistema de Seguridad Social; 3) obras sociales y prepagas.

Por otro lado, la densidad demográfica de la población argentina es heterogénea a lo largo del territorio nacional, la mayor parte de la población habita las zonas urbanas del centro del país. Lo cual conlleva una distribución inequitativa de recursos que impacta en indicadores de salud como mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, porcentaje de nacidos vivos con bajo peso, entre otros.

En lo que respecta al presupuesto nacional, la inversión destinada a la salud pública representa un monto minoritario del gasto total del **producto bruto interno** (PBI). Según los datos del informe de situación en salud de 2018;

“El gasto público en salud en el año 2015 representó el 7,1% del PBI, el 3% estuvo destinado a la atención pública, el 3% a las obras sociales y el 1% restante a gastos destinados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP)” (Informe de situación en salud, 2018, s/p).

En lo que implica la distribución de las coberturas de salud en la población y, teniendo en cuenta los datos del último censo realizado en 2010, el 36% de la población argentina no cuenta con cobertura privada, ni de obra social, teniendo acceso solo a la salud pública; mientras que el 64% restante cuenta con algún tipo de cobertura de obra social o privada.³ A continuación se describe brevemente la mixtura del sistema de salud argentino, exponiendo los tres subsistemas mencionados anteriormente, con el objeto de historizar y conceptualizar cómo se configura el sistema de salud en el país.

- **Las obras sociales/Subs de seguridad social;**

Las personas que cuentan con los servicios de este subsistema se dividen en dos tipos, trabajadores en actividad formal, y los que están jubilados o tienen pensiones no contributivas cómo lo son los afiliados a P.A.M.I. Este subsistema, se acentuó teniendo fuerza en el gobierno de Onganía, por la ley 18.610. Según el Análisis de situación de salud de 2018 “En Argentina se observó que el 64% de la población cuenta con una cobertura de obra social o privada, siendo la obra social la cobertura mayoritaria (46% del total)” (Análisis de situación de salud, 2018, p.47).

La seguridad social apunta a darles un seguro social al trabajador formal y a sus familiares directos, financiado por un aporte mutuo, entre las contribuciones del empleador y el trabajador. En el caso del empleador, el 6% del salario, y en el caso del empleado, el 3%. A la vez, en algunas situaciones, se suman fondos nacionales, provinciales o municipales, debido a

³ Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf>

las obras sociales de empleados de esas tres jurisdicciones gubernamentales; actualmente se incorporan al subsistema los monotributistas, a quienes se les permite/obliga a afiliarse a una de las obras sociales que existen. Los servicios que se brindan las obras sociales están regulados por el programa médico obligatorio que contiene distintas prestaciones tales como, por ejemplo Plan Materno Infantil, los Programas de prevención de cánceres femeninos, los programas de Salud sexual y reproductiva, entre otros⁴.

- **El subsistema privado**

El mismo representa aproximadamente entre un 5 y 8% de la atención de la población⁵, siendo el menor sistema de los tres en cuanto a la cantidad de afiliados. Es un conjunto amplio de empresas, clínicas, sanatorios, entre otros, con fines de lucro. Al estar mediado por la lógica de mercado, los servicios que brindan son planes y paquetes, es decir, en función de lo que se pague, se podrá acceder a un plan o al otro. A más caro el plan, mayor cobertura.

Hay una brecha en la equidad de la distribución de los recursos. El subsistema privado recibe un gasto mensual per cápita casi dos veces mayor que el que reciben los servicios del sector público. Según Repetto, el crecimiento del subsistema privado entre la década de los 70 y 90, se cuadruplicó, presentando un aumento respecto de la década del 60 “a fines de los años sesenta sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaron el 50%” (Repetto, 2001, p.21.). Continuando con los aportes de la Carta Abierta (2011), este sistema creció exponencialmente durante los últimos 30 años ligado a las políticas neoliberales de desregulación del mercado, y achicamiento del Estado, poniendo énfasis en la atención gerenciada.

- **El subsistema público;**

Este es público, gratuito, y de carácter universal. Opera en tres niveles de jurisdicciones y roles: Nacional, Provincial y Municipal debido a que la Argentina es un país federal. El nacional funciona mediante el Ministerio de Salud de La Nación, como un ente rector, regulador y compensador de desigualdades, a la vez, marca los lineamientos de la política de salud en todo el territorio del país. El Provincial mediante el Ministerio de salud de La Provincia de Buenos Aires, y el Municipal a través de las Secretarías de Salud donde también regulan, pero a la vez, ejercen asistencia mediante sus efectores. Cada provincia está configurada territorialmente, por Regiones Sanitarias que aglutina distintos partidos. Los

⁴ Para más información sobre las prestaciones visitar:
<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/programa-medico-obligatorio>

⁵Según INDEC.: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-94>

efectores de salud de las distintas jurisdicciones, están divididos por niveles de atención según complejidad asistencial:

- El primer nivel de atención que es el de baja complejidad, tienen mayor anclaje territorial, y en general están a cargo de la dirección de atención primaria de cada municipio, teniendo equipos de salud en cada uno constituidos por enfermerxs, medicxs, trabajadorxs sociales, ginecologxs, administrativxs etc.
- El segundo nivel de atención es de mediana complejidad, con profesionales como cardiólogos, nefrólogos, alergistas, cirujanos de distinta especialización, entre otrxs.
- El tercer nivel, es de alta complejidad y son instituciones especializadas por problemáticas. Son monovalentes, atienden un solo problema, por ejemplo, el hospital de quemados.

El financiamiento por parte del subsector público está dado por los recursos del estado, en los niveles antes mencionados, municipales, provinciales y nacionales. En este sentido, los impuestos están destinados a este subsector, mediante los presupuestos anuales a los mismos. Un hito histórico que marcó y selló la historia de la salud pública en nuestro país, fue en el año 1943, con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que se ratificó en 1946 con la creación de la Secretaría de Salud Pública y posteriormente con el establecimiento del Ministerio de Salud Pública en 1949 durante la gestión de Carrillo. Considerando la construcción del sistema de salud público en nuestro país, es pertinente destacar la importancia del primer nivel y como este se relaciona con la atención primaria de la salud (de ahora en más A.P.S.). La configuración del sistema de salud en el país conlleva pensar la aps solamente como el nivel inicial de atención y no como una estrategia de salud, como fue la propuesta (en sus orígenes) en ALMA-ATA (1978).

En este sentido se rescatan los principios básicos sobre la A.P.S. desarrollados durante la conferencia de ALMA-ATA, cuando surge en el año 1978. En ella se enumeran distintas dimensiones fundamentales como “Derecho a la salud, Intersectorialidad, participación, universalidad, Integralidad, Calidad en la atención, Accesibilidad Y Equidad” (Lafit, 2016, p.3). De esta forma la accesibilidad emerge como una de las principales dimensiones a tener en cuenta a la hora de pensar en la atención primaria de la salud.

Según los aportes en ALMA-ATA la A.P.S es definida como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad

y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (ALMA-ATA, 1978, p.1).

Respecto a estos principales aportes, mucho se discutió y re-interpretó aquella primera declaración. Como bien plantea Ase (2009) la A.P.S se introduce en la región en el marco de un conjunto de oleadas de golpes de Estado y, en consecuencia, con la implementación del régimen neoliberal, el cual permaneció, incluso, en las vueltas a la democracia.

Esto, implicó que la A.P.S se adoptará olvidando los principios básicos de universalidad e igualdad. A la vez, siguiendo los aportes históricos al respecto que llevan adelante Bertolotto, Fuks y Rovere (2012), durante la dictadura militar, se censuraron las nociones de participación comunitaria, las cuales son centrales en los lineamientos expuestos en ALMA-ATA. Según estos autores, la transición democrática generó nuevas condiciones para la A.P.S. en el país, dotándola de mayor sentido político. Sin embargo, la re-politización del espacio comunitario fue pensada básicamente desde un área de política social asistencialista como los programas alimentarios, lo cual “fundó un progresivo aislamiento entre la política social en sentido estricto y el sector salud” (Bertolotto, 2012).

Lo mismo generó que esta deviniera en una política de salud focalizada y selectiva, en palabras de Testa (1988) una “atención primitiva”. Retomando los aportes de los investigadores:

“El balance de 30 años de las políticas marcadamente diferentes muestras, sin embargo, un rasgo común: el estancamiento y aún el retroceso del desarrollo de la infraestructura pública en salud generando, como consecuencia de la desproporción de un primer nivel que se expande en la precariedad y en la informalidad; y una inversión en el segundo y tercer nivel que retrocede” (Bertolotto, 2012 p.365).

Pese a los atravesamientos que tuvo la A.P.S. en el país, se mantuvieron los aspectos filosóficos de la misma en las distintas ramas de las ciencias sociales y parte de la medicina social. Muchos son los autores que retoman y piensan sobre los lineamientos de la A.P.S. como estrategia de salud. Esta forma de pensar y hacer salud permite un abordaje mucho más integral de las problemáticas que generan instancias de participación comunitaria. Concibe al sujeto como activo que se hace partícipe de su propio proceso de salud-enfermedad-cuidado. Además, pensar la atención primaria como estrategia de salud, permite generar una crítica al modelo

médico hegemónico que prima en la salud en la actualidad. En este sentido, la atención primaria:

“Opera transversalmente en todos los niveles de atención a la vez que propone dar una respuesta integral a los problemas de salud, en tanto la salud es pensada desde sus múltiples dimensiones, superando el enfoque estrictamente médico-biológico. Ello permitiría afrontar las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud como consecuencia de promover una distribución más justa de los recursos” (Lafit, 2016, p.6).

Si bien la salud pública apunta a universalizar la atención, según Repetto (2001) vemos que la misma en general cubre generalmente a aquella población que carece de cobertura. En este sentido, López (2015) explica que esto lleva a grandes niveles de inequidad y desigualdad en el acceso a la atención de salud donde son “los sectores sociales de menores recursos quienes suelen poseer, como única instancia, los servicios del sector público, cuyos medios de operación son, sin duda los más precarios” (Isuani, 1988, citado en López, 2015).

El sistema de salud en el país atravesó grandes transformaciones pasando desde la llegada de Carrillo en 1949 y la visión de Ferrara en 1985, hasta la descentralización de los hospitales, la privatización y la focalización en la década de 1990. Toda esta situación generó procesos de precarización, impactando fuertemente en la configuración del sistema de salud de la Argentina según señala López (2015).

Esta concepción política, es profundizada con los aportes de Spinelli (2010) quien entiende a la salud, no solamente como un sistema complejo, sino, desde el enfoque conceptual de Bourdieu (1999), como un campo en constante estructuración, y disputa en la que los agentes luchan por la apropiación de diversos capitales⁶. Esto permite entender la complejidad que implica el campo de la salud, donde no está definido a priori. Por el contrario, sus sentidos y representaciones están en constante disputa, que transforman las prácticas de quienes la ejercen como de quienes se atienden.

En síntesis, conviven bajo el mismo techo, la sobre oferta de prestación de salud, la diversidad en lo territorial y poblacional, el sobre-equipamiento, graves situaciones de inequidad y distribución de recursos que generan procesos de exclusión. Cómo se afirma en el Foro de Políticas Públicas de Salud “no se trata de escasez de recursos. Se trata de la combinación perversa entre la sobreabundancia de muchos de ellos y la enorme inequidad en

⁶ Para el autor la realidad social es concebida en distintos campos como un conjunto de relaciones y posiciones, donde ocupamos distintos espacios y lugares, con mayor o menor distancia entre cada agente (personas, grupos, instituciones).

su distribución. Situación que coloca la cuestión claramente en el terreno político.” (Foro de Políticas Públicas, 2011).

1.2. Miradas y conceptualizaciones sobre las juventudes y las adolescencias

Lxs jóvenes y/o adolescentes representan casi un cuarto de la población en Argentina (Censo, 2010). Conforman un grupo poblacional particular, el cual es importante para la construcción de nuevas formas, miradas y posicionamientos respecto de la realidad social, cultural y económica del país. Según un informe de UNICEF de 2017 “En Argentina, para el 2017 se estima que la población joven asciende a siete millones, lo que constituye el 16% del total de habitantes del país” (UNICEF, 2017). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (de ahora en más O.P.S.) en su informe de 2018 destaca la importancia del trabajo con este grupo poblacional debido a que “los adolescentes y jóvenes juegan un papel importante en la sociedad y forman 30% de la población de Latinoamérica y el Caribe” (O.P.S, 2018).

Vinculado a esto, se considera relevante realizar una aproximación teórica al concepto de juventud y de adolescencia. Ambos surgieron en las entrevistas realizadas y aunque el concepto de adolescencia fue el más utilizado, a continuación, realizamos una revisión de ambos. Sin embargo, consideramos que la categoría de juventud/juventudes, abarca una definición ampliada incluyendo a la adolescencia, superando definiciones tradicionales como la de la O.P.S. la cual parte desde una mirada biologicista de las etapas de la vida humana. Para ello, tomamos el aporte de Margulis, que refiere que “al hablar de juventud estamos hablando del tiempo, pero de un tiempo social, un tiempo construido por la historia y la cultura como fenómenos colectivos y, también, por la historia cercana, la de la familia, el barrio, la clase” (Margulis, 1996, p.9).

La juventud, es un tiempo en el cual lxs sujetxs se encuentran con sucesos importantes que tendrán injerencia a lo largo de toda su vida. Esos momentos de decisión se encuentran relacionados al contexto actual donde la irrupción de los grupos sociales de jóvenes en América Latina se caracteriza por la masividad y por la capacidad de crear sus propias formas de expresión. Si bien, estos grupos son heterogéneos y es posible encontrar algunas expresiones conservadoras, la mayoría se fueron transformando en formas más diversas y emancipadoras.

En este mismo contexto, la incapacidad de las instituciones (de salud, de educación, entre otras) y organizaciones (públicas y/o privadas) de dar respuesta a las demandas de estos grupos,

se corresponde con que en las comunidades (no todas) se reproducen las representaciones sociales del pensamiento conservador respecto sobre las personas jóvenes.

Dentro de este marco, desde el Estado, a partir no solo de las leyes y normas vigentes sino desde su implementación, repensar lo joven es fundamental para garantizar sus derechos. Como propone Rascovan (2013), la adolescencia es pensada a partir de interrogarse cuáles son las representaciones sociales que existen de ella, es decir;

“Abordar lo joven, lo adolescente y lo adulto como parte del campo de problemáticas de la subjetividad, concebidas -al mismo tiempo- como un hecho fáctico y como un significante. No son esencias: se configuran en la diferencia, es decir que su significación se construye en la tensión son todo aquello que no es “adulto”, “joven” y “niño”, son, por lo tanto, diferencia” (Rascovan, 2013, p.26.)

Pensar a lo joven, a partir de la subjetividad y no como esencia, permite la construcción con y para lxs jóvenes de los servicios de salud, los cuales no deberían generar barreras que nieguen, retrasen o impidan el acceso, sino todo lo contrario.

Al respecto retomamos el informe de UNICEF (2017), el arroja datos que denota la relevancia de estudiar las problemáticas en tornos a este grupo social:

- El 37,2% del total de adolescentes del país reside en la provincia de Buenos Aires.
- Las preocupaciones sobre el cuidado de la salud sexual son distintas para varones y mujeres adolescentes.
- Los primeros expresan mayor preocupación por las ITS (infecciones de transmisión sexual) mientras que las mujeres se preocupan más por la prevención de los embarazos, tal como se verifica en la encuesta de UNICEF y CEDES (2016) y en los grupos focales (Binstock y Gogna 2017).
- En el mundo hay 1.200 millones de adolescentes: se trata de la generación más numerosa de la historia, así como la más educada y urbanizada.
- Uno de cada cuatro de los adolescentes más pobres del mundo nunca ha ido a la escuela, y más de 200 millones de adolescentes en edad de recibir educación secundaria no van a la escuela.⁷

Estos aportes sirven de sustento para indagar acerca de las representaciones sociales sobre las juventudes, no sólo por parte de ellxs mismxs, sino también, por parte de los equipos de salud bajo estudio en esta investigación y a su vez, como estas influyen o no en el acceso.

⁷ Disponible en: <https://www.unicef.org/es/desarrollo-y-participacion-de-la-adolescencia>

En su encuentro y desencuentro se pone en juego el derecho a la atención sobre la salud sexual integral. Sobre todo, durante el 2020, donde la pandemia del COVID-19, atravesó a todo el sistema de salud en el país, incidiendo las prácticas en todos los niveles de atención.

Según el Censo Nacional del año 2010, la pirámide poblacional del Municipio de Vicente López muestra una marcada población envejecida. Y la población adolescente representa una porción no menor de ésta, 30 mil adolescentes (considerando la franja etaria de entre 12 y 21 años, meramente con fines cuantitativos).

Para concluir adherimos a la conceptualización de la juventud o juventudes como un período central en el desarrollo de las personas y de las sociedades, ya que es cuando se construyen las oportunidades de acumulación de recursos vía estudio o trabajo, ámbitos centrales para la inclusión social. La acumulación de activos necesarios para acceder a la vida adulta encuentra un punto de inflexión en este período (Trucco y Ullmann, 2015). Por último, si se observa el ámbito cotidiano, pueden destacarse desencuentros o diferencias profundas entre lo juvenil y lo adulto, dentro de organizaciones, instituciones, familias o en los mismos grupos de adolescentes. Esto, nos invita a preguntarnos, ¿desde qué perspectiva miramos a las juventudes? desde qué mirada lo miran ellxs, ¿cuáles son las coincidencias en esas miradas?

1.3 La salud sexual desde una mirada integral

Para pensar la salud sexual desde una mirada integral es necesario retomar los principales antecedentes en materia legal en Argentina, donde destacamos las siguientes:

Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002). Define entre sus objetivos la promoción de la salud sexual de los adolescentes y establece el derecho de todas las personas a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así como a recibir, a demanda, métodos anticonceptivos de carácter reversible, no abortivos y transitorios. Los mismos deben ser incluidos en el Plan Médico Obligatorio (P.M.O).

Ley 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2006), Establece el derecho de todos los alumnos de establecimientos educativos de gestión estatal y privada, de todas las jurisdicciones del país, a recibir educación sexual integral. Establece la obligación de incorporar transversalmente contenidos sobre sexualidad y reproducción en todos los niveles educativos y especifica el derecho a la información y consejería en materia de sexualidad y reproducción de niños, niñas y adolescentes. En el marco de esta ley, se crea en 2008 el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación.

La Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2006), tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina; para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte. Es así, que, a partir de su promulgación, se privilegia al niño, niña y adolescente como sujeto de derechos, cuya voz debe ser escuchada y respetada; protegiendo de esta manera el reconocimiento y la promoción de los derechos de los mismos.

En este sentido, según postula Santos (2007), la educación sexual consiste en el conjunto de influencias que reciben los sujetos a lo largo de toda la vida. Estos últimos pueden ser la construcción de su identidad, el ejercicio de roles femeninos o masculinos, la formación sobre actitudes hacia lo sexual entre otras influencias. Todas las personas, independientemente de la edad, están expuestos a las contradicciones que conlleva educarse sexualmente en una sociedad. Por ello es importante para esta investigación el hecho de repensar las definiciones propias de cada profesional y a los C.A.P.S. como espacios institucionales que educan sexualmente y a la vez, ejercen (o no) salud sexual integral. Considerando la educación sexual en un sentido amplio:

“Trabajar la ESI es usar el diálogo para resolver los conflictos; es aprender sobre los cambios físicos que se viven en esta etapa de la vida; es reconocer las emociones y sentimientos y expresarlos con respeto; es aprender cómo cuidar nuestro cuerpo; es valorar por igual a todas las personas sin importar su orientación sexual o su identidad de género (entre otras diferencias); es comprender que mujeres y varones tenemos las mismas responsabilidades frente a las tareas del hogar; es hablar con una persona mayor para que nos ayude cuando algo nos está haciendo mal, nos pone triste o nos genera enojos” (Hurrell y Aguayo, 2021, p. 35).

Otra de las definiciones que rigen a nivel global sobre la salud sexual, es la que plantea la Organización Mundial de la Salud (en adelante O.M.S.) quien la define cómo:

“La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (O.M.S. 1998).

Estos lineamientos expuestos por la O.M.S. (1998) creemos que no alcanzan para repensar lo sexual, pero de todas formas es importante nombrarlos, ya que sirven de encuadre internacional. Las definiciones de índole biologicista sobre sexualidad son criticadas en ésta investigación porque reduce “el conocimiento del cuerpo y de los sistemas reproductores

apoyados en los conocimientos biológicos” Esto es crucial para construir una mirada valorativa sobre la identidad o la corporalidad en la juventud, lejos de prejuicios y guiada por la decisión personal. Ampliar la mirada sobre la sexualidad provoca mejores condiciones para elegir, con más y mejores condiciones, decisiones que permitan una cuidada construcción de la identidad para unx y otrxs.

Para el cumplimiento y el ejercicio tanto de la sexualidad como de la educación en ella, es importante la responsabilidad por parte de los diferentes niveles estatales. Entendemos que por ellos deben actuar las instituciones tales como escuelas o centros de salud. (Santos, 2006) Posicionarse desde un enfoque de derechos humanos, puntualmente sexuales y reproductivos, es según Ritondo (2018) una tarea fundamental de las instituciones estatales. Desde este marco de derechos plantea que:

“Todos/as tenemos derecho a gozar de una vida sexual plena, saludable y placentera de acuerdo a nuestra orientación sexual e identidad de género sin prejuicios ni discriminación, sin riesgos para la salud, sin violencia, coerción o abusos. Los derechos sexuales y reproductivos garantizan que cada uno/a pueda tomar decisiones libres sobre su sexualidad, su vida sexual y reproductiva y que cuente con la información, servicios e insumos necesarios para hacerlo. Estos son parte de los Derechos Humanos que nos corresponden a todas y todos por el solo hecho de ser personas, sin distinción por sexo, edad, condición social, discapacidad, religión, orientación sexual, identidad de género, etc. Son derechos personalísimos, es decir, nadie puede ejercerlos en lugar de otro/a” (Ritondo, 2018, pg.3).

Se destacan dentro de los derechos fundamentales en materia de salud sexual integral, el derecho a la intimidad, el derecho a la información y a la toma de decisiones, el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación y, por último, el derecho a la integridad personal y a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Recapitulando, desde esta investigación se revisó cómo se configuró a lo largo de la historia en la Argentina el sistema de salud y de qué forma su heterogeneidad, producto del sistema híbrido, impacta en las prácticas cotidianas de los equipos de salud en torno al trabajo con los adolescentes. La importancia de los mismos, para este equipo de investigación, está en función de pensar los problemas sociales que atraviesan lxs adolescentes. Según los datos estadísticos expuestos, el trabajo con lxs mismxs cobra centralidad en el ámbito de la política pública y la acción del Estado. Por último, en los siguientes capítulos expondremos cuáles fueron los resultados hallados por esta investigación.

Capítulo 2: La atención de la salud sexual integral mediante las estrategias de promoción y prevención desde los C.A.P.S

Durante este capítulo se desarrolla la caracterización de los dos C.A.P.S. con los que se trabajó en el transcurso de la investigación. En primera instancia identificando a la población que concurren a estos. En segunda instancia se desarrollan las prácticas de promoción y prevención en salud las cuales son mencionadas en todas las entrevistas como parte fundamental del trabajo en cada C.A.P.S.

2.1 Caracterización de los C.A.P.S. de Vicente López

Cómo se menciona en el primer apartado, se eligieron dos centros de salud del municipio de Vicente López en los cuales uno de los miembros de esta investigación mantuvo relación por su práctica laboral. La elección de estos se debió a las diferencias entre ambos en criterios geográficos y poblacionales. Para caracterizar se tiene en cuenta, su ubicación, la población que se acerca al centro, la cantidad de profesionales en cada uno y la conformación de los E.S entre otros. Se entiende por E.S. según la definición del Ministerio de Salud de La Nación quien los entiende “en un sentido amplio, es decir, conformados por médicas y médicos, obstétricas, enfermeras y enfermeros, trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas y psicólogos, educadoras y educadores, comunicadoras y comunicadores, personal administrativo y de maestranza, entre otros”⁸.

El centro se encuentra ubicado próximo a una estación de trenes Su área programática está en una zona residencial del municipio y cuenta con mayor afluencia de la población de adultxs mayores. Esto hace que en el centro concurren muchas personas que son afiliadxs a la obra social PAMI. Por lo que manifiesta el equipo entrevistado, son muy pocxs lxs adolescentes que se acercan al centro de salud.

Se observa que el centro recibe demanda proveniente de otros barrios o zonas que no son del área programática de pertenencia. Respecto al área social, otra de las profesionales del centro, comentó que reciben muchxs pacientes con problemáticas sociales complejas, como pueden ser violencia de género, violencia intrafamiliar y dificultades en el acceso al empleo, entre otras. También se destaca que la población principalmente joven que viene es de mujeres con sus bebés, lo que resulta en una gran afluencia en pediatría.

⁸Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/info-equipos-salud>

Referido a la atención de adolescentxs las problemáticas más frecuentes son: demanda de ginecología (para controles, consultas por uso de métodos anticonceptivos, interrupción legal del embarazo) consultas psicosociales por situaciones de violencia, entre otras. Se destaca una notoria diferencia entre la llegada de la población masculina, con la femenina, siendo esta última, altamente predominante.

Al momento de realizar las entrevistas, el equipo de salud estaba conformado por: la jefa del centro (trabajadora social), una ginecóloga, una trabajadora social, dos promotoras de salud, dos administrativas, una encargada de maestranza, un odontólogo, un oftalmólogo, dos enfermeras y una nutricionista.

Por el otro lado, el centro B está inserto a pocas cuadras de un barrio popular, actualmente en una zona más fabril, en donde se mudó durante enero del 2020. Anteriormente el centro estaba dentro del barrio, pero, por directivas políticas a fin de ampliarlo y refaccionarlo, fue trasladado a 6 cuadras de donde estaba antes. Se trata de una zona un poco más alejada de la entrada del barrio. Manifiesta el equipo de salud que la población que llega es muy variada, siendo la mayoría de mujeres adultas jóvenes y adolescentes. Respecto al nivel socioeconómico de la población, las entrevistadas expresan que es bajo y que están insertos en un “barrio carenciado”. Con la mudanza hubo un aumento en la demanda y afluencia de la población al centro por lo que ahora vienen también de otras zonas, sobrecargando la atención del centro.

En lo que respecta a las problemáticas adolescentes que llegaban al centro se destacaron la anticoncepción, I.L.E. (Interrupción legal del embarazo), pediatría al control de salud de lxs niñxs, y aptos físicos en el caso de los varones. Estos últimos, al igual que en el centro A, son minoritarios respecto a las mujeres, y las problemáticas no están referidas a lo sexual, cómo veremos más adelante.

Se evidencia una notoria diferencia respecto a la cantidad de profesionales y especialidades con el otro centro de salud. Cuentan con la jefa del centro (médica), dos trabajadoras sociales, tres enfermeras, tres administrativas, dos promotoras de salud, una encargada de maestranza, un encargado de seguridad, dos ginecólogas, una obstetra, una psicóloga infantil, una psicopedagoga, una fonoaudióloga, una nutricionista, una cardióloga, un psiquiatra, una psicóloga de adultxs y una estimuladora temprana. A la vez cuentan con aparatos para realizar electrocardiogramas y ecografías además de un programa de residencias médicas.

2.2 Prácticas de promoción y prevención

En este apartado se desarrollan las estrategias de promoción y prevención que llevan adelante los equipos de salud. Para poder comprender las diferencias entre las mismas, podemos pensar a la primera en el marco de lo sanitario, mientras que la promoción podríamos pensarla desde una mirada más comunitaria. Según la O.M.S la prevención son: “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de una enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, si no también, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (O.M.S., 1998). Estas intervenciones desde la A.P.S, implican la planificación de una estrategia sanitaria a fin de mejorar los procesos de salud de su población.

“Desarrollar intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud (PPPS) exitosas en atención primaria de salud depende principalmente de la comprensión, de la caracterización de los elementos del sistema y de cómo interactúa en los profesionales. Además, hay una gran variabilidad entre centros de salud” (Gil-Girbau y otros, 2021, p.2)

Gil-Girbau (2021) plantean que, para llevar adelante las actividades de promoción y prevención, se pueden planificar en tres niveles, el micro, el meso, y el macro. En lo que respecta a los E.S. entrevistados, se puede ubicar las estrategias de promoción y prevención en los niveles micro y meso. En referencia al nivel micro, se incluyen todas las actividades que se planifican y realizan desde los C.A.P.S. En el nivel meso, se contemplan las actividades que son planificadas y ejecutadas desde las direcciones municipales.

La promoción según la O.P.S. (2018) es una de las prácticas fundamentales para lograr altos estándares de vida, y debería de orientarse hacia la mejora de las condiciones de vida y salud de la población a cargo, tomando en cuenta la adopción de prácticas de cuidado saludables. La define como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud” (O.P.S., 2018). La cual implica diversas formas de relacionarse entre diferentes actores: Desde los sujetos mismos hasta las comunidades, organizaciones sociales o instituciones del estado. También se lleva a cabo a partir de diferentes formas de participación para lograr el bienestar de la población y mejores condiciones de salud.

Estas definiciones pueden servir como base para repensar ambas prácticas, pero no alcanzan una mirada más integral y terminan subyugadas a pensar de forma universal, tanto la salud como la enfermedad, sin tener en cuenta las particularidades territoriales. En los centros de salud aún continúa una concepción positivista y hegemónica de la salud-enfermedad que direcciona sus intervenciones como observa Colodrero (2016).

A su vez reflexiona, desde una mirada crítica, cómo se fueron configurando históricamente los modelos homogéneos respecto a la prevención y a la promoción. Se elaboraron como planes que aplicados linealmente lograrían resultados sobre el problema de salud a intervenir. “Se construye así un pensamiento que se materializa en una práctica conservadora, que se pone en tensión con la heterogeneidad de lo que acontece en la cotidianidad” (Colodrero, 2016).

Cómo se observó en la práctica cotidiana de los centros de salud se viven procesos en los cuales aún cuestan adoptar prácticas que busquen mayor grado de reflexión sobre éstas. Cómo plantean Paredes-Carbonell (2016), la práctica de la promoción de la salud está excesivamente influida por un enfoque biomédico y centrada en los cambios de conducta y estilos de vida en detrimento de otros determinantes de la salud como las redes comunitarias y sociales, las condiciones de vida y trabajo y la situación socioeconómica y cultural.

A la hora de conocer las estrategias de promoción en los centros de salud podemos notar algunas diferencias respecto a las temáticas elegidas a trabajar, como así también, las maneras en que conciben a la misma. Algunas de las principales actividades que realizaba el equipo del centro a antes de la pandemia referido a las problemáticas de salud sexual son:

- Las actividades micro: actividades en la sala de espera, y actividades con organizaciones sociales, charlas en los colegios y en los Centros Barriales Juveniles (en adelante C.B.J.)
- Las actividades meso cómo lineamientos de la política pública municipal son los siguientes: Consejería de Diversidad, consejerías de ILE, (Interrupción voluntaria del embarazo) caminatas, eventos en el río, concientización sobre el uso del preservativo, prevención de HIV, trabajo con efemérides, charlas en las plazas, entre otras.

Respecto de las actividades, una de las entrevistadas contó cómo estas se transformaron durante la pandemia sobre todo en las distintas etapas de la misma;

“Siempre las consultas son dentro del consultorio, lo que se puede hacer extramuro son actividades, talleres Se hizo, por ejemplo, en marzo de este año que no recuerdo justo ahora si fuera marzo o abril, se tuvieron que correr de fecha por el tema de la pandemia. Pero, por ejemplo, se hizo una actividad de Papanicolaou en el móvil. Entonces, estos sí, son estación Padilla. Entonces va un móvil donde hay un grupo de enfermeras que se hace control de peso, de talla, toma de presión y con motivo del día internacional de la mujer se hizo la toma de Papanicolaou y más de trescientas personas creo que fueron. Entonces ahí tenes una actividad extramuro, que, si bien no hacemos atención domiciliaria, es una manera, eso sí se hace” (AS, Centro A, Ginecóloga).

El impacto pandémico sobre las actividades de promoción realizadas por los E.S se observa también en el siguiente fragmento de otra de las entrevistas;

“Antes de la cuarentena se hacían más intervenciones de promoción que ahora no se están haciendo, eh. Hacíamos campaña de vacunación, o de testeos, ¿qué más? Ahora no se está haciendo” (L, Centro A, Trabajadora Social).

Se evidencia que la mayor cantidad de actividades de este centro, está centrada en actividades meso. Disponen de una cantidad (no aclarada) de horas semanales para trabajos comunitarios, pero que en la pandemia no se pudieron retomar. También como, en el discurso, se retoma todo el tiempo, “lo anterior a la pandemia” y que cuando se habla de lo que se trabajó en ella, se manifiesta cierto vacío discursivo, al retomar el modo de trabajo de años anteriores. Queda expuesto que en el centro A, las prácticas de promoción fueron interrumpidas debido a la pandemia. El impacto de la misma, no solo afectó las prácticas, sino también a los profesionales en su cotidianidad. El impacto traumático de la misma queda representado en el siguiente fragmento:

“Ahora que estuvimos hablando, pensando y problematizando un poco el rol el trabajo social y toda la historia, tampoco hubo una propuesta cómo para poder pensar y hablar sobre el tema, ahí debo de hacer algún mea culpa a full, pero bueno hubo una pandemia, paren, no me voy a sentir tocada” (L, Centro A, Trabajadora Social).

En él se observa cómo la profesional problematiza sobre las decisiones tomadas durante la pandemia en lo que respecta a la no atención del público, pero a la vez, reconoce que la magnitud de la pandemia fue muy grande, sobrepasando las posibilidades de cada uno.

En relación a la articulación con otras organizaciones previas a la pandemia, se destaca la articulación con los colegios cómo el E.S.B. N°7, y el C.B.J (Centro Barrial Juvenil) de Villa Martelli en donde se realizaron actividades de charlas de E.S.I. Que cómo ya mencionamos, se cortaron durante el 2020 debido a la pandemia.

Algunas de las principales actividades que realizaba el equipo del centro b antes de la pandemia referido a las problemáticas de salud sexual son:

- Las actividades micro: Taller de hábitos saludables con el grupo de caminatas. Charla con los colegios sobre ESI, charlas en la sala de espera, articulación con el CBJ, testeos de VIH y Sífilis en sociedad de fomento. Y se destaca el kit de salud sexual que construyó el equipo.
- Las actividades Meso: Son las mismas que en el centro de salud “a”.

Las difusiones de las actividades están a cargo de las instituciones con las que se articula o, si son actividades del centro, difunden las promotoras de forma particular.

En lo que respecta al centro B, durante las entrevistas se pudo observar que la percepción sobre la promoción de la salud es positiva. En el siguiente fragmento, una de las entrevistadas realiza una crítica a la falta de trabajo en profundidad sobre la promoción. Y fue tajante cuando se refiere al impacto de la pandemia en relación a la promoción de otras problemáticas;

“Para mí es un desastre que no hay promoción de la salud. Pero, algo que yo me quejo mucho es por ejemplo toda la mierda que hay en la tele y capaz que no hay. Olvidate. Con el Covid nos llenaron de mierda” (MH, Centro B, Administrativa).

Respecto de las actividades micro, una de las entrevistadas nos contaba sobre los cambios en la pandemia;

“Las charlas en cole se redujeron bastante con la pandemia, ya que desde la sala vieja había charlas en la sala de espera. Porque era LA sala de espera. Ahora no se puede. Hablaban el día de la charla que buscábamos que hubiera más gente. (...) invitan al grupo de caminata porque se copaban, con la gineco hicieron un día de mate en la plaza, sobre cáncer de mama y también para sacarlos de la casa y hacer algo diferente” (MH, Centro B, Administrativa).

A diferencia del primero, en este centro podemos notar que, pese a las dificultades en el encuentro con la población debido a los protocolos por el COVID-19, se pudo pensar formas de trabajo de promoción con la población. En este caso cuando cuentan como la actividad del cáncer de mama y la mateada en la plaza, les permitió trabajar, no sólo específicamente esa problemática, sino también, sacarlos de la situación de aislamiento. Al igual que el centro a, las actividades en conjunto con las escuelas, son recordadas por parte de los equipos como algo muy positivo y aparecen constantemente en las entrevistas, siendo vitales en el trabajo entre los E.S y la población adolescente:

“Nosotras antes de la pandemia teníamos la posibilidad de salir a dar charlas a los colegios. Eran la cara visible del centro que estaba cerca. Si tenían alguna necesidad, tenían a alguien a quien recurrir porque, aunque sea, ya te había visto. Con la pandemia no lo hacemos más entonces hay toda una parte que la hemos perdido” (CC, Centro b, Ginecóloga).

En relación a la articulación con otras organizaciones previas a la pandemia, se destaca la articulación con distintos colegios, con el CBJ de su área programática, sociedades de fomento, fábricas y Desarrollo Social. Según el relato de una de las entrevistadas, previamente los E.S tenían destinadas horas de actividad comunitaria, no aclaradas, que se vieron limitadas y restringidas durante la pandemia.

Observaciones

De lo expuesto anteriormente, los E.S destacan el trabajo de promoción micro, siendo las mismas, pensadas desde los E.S en conjunto a otras organizaciones. Cabe destacar que la articulación con las mismas permite una mayor convocatoria de la población adolescente. Cuentan con referentes barriales que tienen llegada a dicha población. Como mencionamos, las actividades de este estilo se frenaron durante el 2020 y las mismas aparecen en el discurso de las entrevistadas que recuerdan los tiempos anteriores a la pandemia y su importancia en el trabajo con lxs adolescentxs.

Otra observación respecto a la implementación de políticas públicas, es que la mayoría de las actividades que se realizan de promoción y prevención tienen que ver con lineamientos de la dirección municipal de A.P.S. No parte cómo iniciativa de los E.S, aunque sí su implementación.

Se observa que la pandemia afectó de forma directa este tipo de actividades que en general se tuvieron que reprogramar. Es notorio cómo aquellas actividades micro se mantuvieron en el centro B pese a las dificultades presentadas durante la pandemia. No fue así en el centro A que evidencia que durante la primera mitad del año no pudo continuar con estas.

Respecto a las actividades de prevención y promoción que se vienen destacando, es necesario que logren tener un enfoque participativo y comunitario. Realizar actividades no implica necesariamente una apropiación por parte de la población. Éstas suelen quedar en jornadas y campañas aisladas que son sólo realizadas y pensadas desde la gestión municipal y llevadas a los centros. Por lo tanto, no son planificadas conjuntamente con la población. Al poner el énfasis en la población adolescente se encuentra que se refuerzan los bajos niveles de participación en los Centros de Salud y se genera la imposibilidad de que se apropien de su propio proceso de salud-enfermedad-cuidado. Además, las diferencias en el abordaje del trabajo de promoción entre ambos centros de salud, podría evidenciar una falta de planificación, implementación y monitoreo de actividades de este tipo por parte de los organismos de salud a nivel municipal y provincial.

Capítulo 3: Dimensiones de la accesibilidad, de las representaciones sociales a las prácticas

En el presente capítulo se realiza un análisis respecto a las maneras en que los equipos de salud definen y problematizan las dimensiones de la accesibilidad de la población adolescente en función de las representaciones sociales que construyen de la misma.

En una primera instancia se expone una breve explicación sobre las representaciones sociales delimitando cuál es el enfoque teórico que se adopta desde esta investigación. El objetivo es dar cuenta del modo en que las entrevistadas construyen los imaginarios, significados y sentidos, ya que se considera que estos configuran el trabajo cotidiano en los centros de salud. En segunda instancia se define cuál es el marco conceptual para pensar y problematizar las accesibilidades, dialogando a través de diversas perspectivas de las mismas. A fin de organizar el discurso de las profesionales, se tipifican dos de las accesibilidades propuestas en el clásico diagrama de las barreras de acceso según lo propone Ferrara (1985) como lo son la accesibilidad administrativa y la accesibilidad económica. Además, se suma la accesibilidad digital-tecnológica construida a partir del trabajo de campo que se llevó adelante con los E.S.

Esta tipificación se hace con el propósito de ordenar el discurso de las entrevistadas. En la investigación se piensa la accesibilidad desde su enfoque relacional. La misma se compone de un conjunto de determinantes y atenuantes donde convergen condiciones geográficas, económicas, vinculares, políticas, filosóficas, religiosas entre otras.

3.1 Representaciones sociales, atención primaria de la salud y accesibilidad

Se toman los aportes de Denise Jodelet (1989) acerca de representaciones sociales. Para la autora esta categoría implica un campo de estudio importante para las ciencias sociales, definiendo las **representaciones** como “fenómenos múltiples que se observan y estudian a variados niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales. Y, además, una nueva unidad de enfoque, fecunda para la psicología social, prometedora para las otras ciencias sociales” (Jodelet, 1989, p.470).

Según la interpretación de la autora las representaciones sociales se presentan de diferentes formas, es por ello que cada trabajad@x del equipo de salud puede abonar al análisis acerca de los sentidos de cómo se percibe la accesibilidad. Asimismo, los imaginarios que tenga cada

entrevistada condensan un conjunto de significados, que a su vez conforman sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado. Para concluir, Jodelet sostiene que (1989) las representaciones son categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y lxs sujetos con quienes se interviene, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto.

Se entiende que analizar las representaciones sociales acerca de la accesibilidad en la atención de adolescentes, está ligado con la idea de repensar la concepción de la adolescencia tanto desde el sentido común como en los imaginarios sociales. A su vez es crucial pensar esta categoría no sólo a partir de los relatos de lxs sujetos sino también en relación a la A.P.S lo cual permite llegar a conclusiones sobre las intervenciones, las estrategias y las formas de acceso a la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

La categoría teórica de la accesibilidad, cobra centralidad dentro de los lineamientos de la A.P.S. Esta tomó historia y cuerpo de forma singular en la historia del país para poder pensar en las dificultades en su implementación vinculadas a la disputa por el acceso, por la universalidad de la salud, por la igualdad y la equidad.

Según Testa la accesibilidad es entendida como “el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad” (Testa, 1987, p.12).

Por un lado, desde una perspectiva relacional, Comes (2007) aporta la significativa reflexión de cómo el encuentro y el desencuentro entre los efectores de salud y la población puede generar barreras en el acceso, siendo las representaciones sociales, una barrera más dentro de estas. Por otro lado, Comes (2007) realiza una crítica a la forma de pensar a la accesibilidad solamente desde la oferta. Desde esta mirada fue definida cómo un problema de la oferta y por lo mismo, era necesario eliminar las barreras que esta pudiera generar. Según la autora “Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad” (Comes, 2007, p.202).

Las barreras respecto de la accesibilidad según lo planteado por Ferrara (1985) son de índole geográfico, económico, administrativo/organizacional y culturales/simbólicas. Landini refiriéndose a dichas barreras, afirma que “cobra sentido plantearse el concepto de barreras de acceso, entendidas como aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando las posibilidades de lograr la atención necesaria” (Landini, 2014: p.245).

El enfoque adoptado para el presente informe es aquel que concibe a la accesibilidad de forma relacional definida 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” (Comes, 2007: p. 202). Para ampliar la mirada sobre la accesibilidad al sistema de salud, es necesario problematizar si el ingreso al mismo basta para pensarlo como algo positivo. Desde esta investigación se adhiere que “convendría hablar de accesibilidad (o acceso) no ya al sistema de salud, sino a los beneficios que este puede proveer en términos de salud, dejando de asumir que el acceso al sistema implica, en sí mismo, un impacto positivo en la salud de las personas” (Landini, 2014: p.234). Por esto, la pregunta gira en torno a cómo los equipos de salud pueden trabajar en pos de lograr mejores condiciones de salud de las personas.

3.2 Barreras en la accesibilidad administrativa/organizativa

La accesibilidad administrativa-organizacional “está referida a la facilidad -o no-⁹ con que la comunidad puede llegar a resolver sus requerimientos de atención de salud, en cuanto a tramitaciones o exigencias solicitadas por la administración de dichos servicios de salud” (Ferrara, 1985: p.171). En base a las respuestas durante las entrevistas realizadas en los centros A y B, se divide en 5 categorías que reflejan distintas barreras que implican a la accesibilidad administrativa según los E.S. Entre estas se detallan:

- Formas de registro y uso de las estadísticas
- Las formas del sistema de turnos/Modelo asistencial
- Sistema de referencia y contrareferencia-articulación con hospitales.
- Accesibilidad de los adolescentes varones cis al centro de salud.

A continuación, se llevará a cabo una descripción de las barras antes mencionadas a fines de profundizar los resultados obtenidos de la fuente consultada y las entrevistas realizadas.

3.2.1 Los registros y las estadísticas como estrategia de intervención

Las estadísticas representan una de las herramientas principales que poseen lxs trabajadores de la salud para utilizar como base de datos a fin de pensar estrategias de intervención. Cabe señalar que tener a la población nominalizada¹⁰ es uno de los principios básicos para pensar en

⁹ Aclaración de autoría de tesis.

¹⁰ La nominalización implica un proceso en el cual se delimita y define el grupo poblacional, siendo posible dividirlos tanto por edad, género, o problemática de salud. A la vez está relacionado con la idea de contar con medios digitalizados que permitan tener una nómina digital de la población, conociendo sus características principales y pudiendo entrecruzar datos.

términos de redes de salud, según promueve el Programa Redes (González; 2016). Por consiguiente, el objetivo es identificar claramente a la población y delimitarla por áreas geográficas. A su vez, según González (2016) las estadísticas permiten no solo nominalizar de forma efectiva a la población que se tiene a cargo, sino que también ayudan a planificar y monitorear estrategias de intervención, a generar intervenciones más situadas y pensadas a fin de generar procesos en donde la población adquiera grados más amplios y dignos de atención a la salud.

Ambos centros coinciden en la carencia de estadísticas específicas que diferencian a la población adolescente de la adulta. Si bien el sistema digital cuenta con toda la información de lxs sujetxs que se atiende en el centro de salud, estos no tienen datos estadísticos, del centro, su área programática, ni de cuántxs adolescentes se atienden o viven en el barrio. Los E.S. de esos centros manifiestan que la concurrencia de la población adolescente es baja.

“Cuando haces la atención a cada persona queda en el sgh (Sistema digital de turnos) ahí está la edad, pero no me acuerdo que se haga. No sé si en dirección hacían una estadística por edades. Cuando vos haces la estadística te sale más o menos el grupo, pero nosotros no teníamos en cuenta que cantidad de gente de tal edad a tal edad” (MH, Centro A, Administrativa)

“No. Yo creería que no. No sé si en sgh está cargado de alguna forma en particular, pero creería que no” (AS, Centro B, Ginecóloga).

Siguiendo los aportes de González (2016), organizar sobre un área geográfica definida favorece la implementación de acciones de salud pública, el trabajo intersectorial y la intervención sobre los determinantes sociales de la salud. En este sentido, los C.A.P.S. cuentan con áreas programáticas propias delimitadas, pero aún no logran generar procesos que nominalicen a la población y la diferencien por edad, género o alguna otra categoría. Según se interpreta desde esta investigación, esto es una barrera más que dificulta pensar y planificar intervenciones con lxs adolescentes dentro de la accesibilidad administrativa/organizativa. Cabe preguntarse qué otras estrategias en función de la nominalización se tendrían que planificar, tanto desde las direcciones municipales, como desde los propios E.S.

3.2.2 Organización del tiempo y planificación

Una de las principales barreras a la que aluden los equipos de salud es la necesidad de contar con mayor tiempo para la planificación; tiempo que se efectivice de manera formal dentro de

las horas laborales, en tanto un espacio para pensar la asistencia de salud de la población. Según los lineamientos propuestos por la A.P.S como estrategia de salud, es de fundamental importancia trabajar de forma interdisciplinaria para pensar la salud de forma integral. Según Stolkiner el trabajo interdisciplinario “debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Sería bueno que los que programan acciones interdisciplinarias desde los niveles decisorios, tuvieran claro que para lograrlas se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo” (Stolkiner ,1999; p.2).

Las dificultades para encontrar espacios colectivos de trabajo y pensar intervenciones que superen la lógica individual, dan cuenta de algunos mecanismos de reproducción del modelo médico hegemónico. Se centra la atención en salud en una mirada atomizada desde el consultorio que genera barreras, impidiendo el trabajo extra muro¹¹. Trabajo que es necesario que sea situado y pensado de modo interdisciplinario.

En ambos centros de salud hubo intentos de formalizar reuniones en espacios quincenales o mensuales. Estos en poco tiempo fueron absorbidos por la vorágine cotidiana, las urgencias o el exceso de demanda que se vio imposibilitada de ser contenida por la escasa cantidad de profesionales que cuentan.

Esto conforma otra barrera en términos organizacionales y administrativos al reproducir un modelo de atención en consultorio. Desde esta investigación, se valorizan las miradas que buscan trabajar colectivamente, superando dicha fragmentación y generando procesos que reconstruyan una intervención más integral. Del análisis obtenido de las entrevistas realizadas, se observan ciertas similitudes entre uno y otro centro en lo que respecta al trabajo interdisciplinario.

En el centro de salud a, se manifiesta que intentan articular internamente entre los profesionales, trabajar de manera integral y llevar adelante intervenciones más colectivas y “pensadas”. Pareciera que el centro busca esa articulación entre profesionales, pero quedaría reducida a la individualidad de lxs trabajadorxs y a su forma de trabajar. Es en ese sentido que persisten las dificultades en los encuentros grupales. Así, la trabajadora social contaba;

“Depende un poco de los profesionales que están acá, yo en general laburo articuladamente, la pediatra me convoca bastante y entre las dos seguimos una situación. El clínico, la nutricionista también. Si hay una situación que quiero laburar con ustedes les pregunto: ¿porque no te sumas? Te cuento, yo intervengo y lo ponemos en común. Pensamos algunas estrategias o si hay que sumar algún efector que no sea de la sala. Pero cae en la individualidad de cada uno, no hay una manera

¹¹ Esto significa que las formas de ejercer y trabajar sobre la salud, se dan solamente en el espacio individual entre el profesional y la población que se atienden con él.

o modalidad de trabajo en que sea una cuestión metodológica. Si la pediatra no me convoca, ya fue, no hay esto, un espacio formal, o un horario determinado. Con la jefa pensábamos eso, poníamos día y horario y llevamos todo ahí. Sino queda de manera informal y a merced de cada uno que quiera laburar de forma articulada” (L, Centro A, Trabajadora Social).

Las dificultades presentadas no sólo tienen que ver con las intenciones de los profesionales o la jefa del centro de llevar adelante intervenciones o espacios grupales para lograr realmente que opere la interdisciplina. Sino que los equipos de salud se encuentran desbordados de demanda por parte de la población, ya sea por no contar con personal suficiente, o porque el área programática es muy grande. Esta es una de las principales barreras que existen respecto a lo administrativo ya que implica un déficit en lo que tiene que ver con los recursos humanos con los que cuentan.

Asimismo, la dimensión del tiempo y la inmediatez termina sobreponiéndose sobre la planificación y el pensarse situado. De esta forma persiste una mirada que centra la atención en el consultorio reproduciendo el modelo médico hegemónico, es decir, que sigue siendo prioritaria pese a los intentos de formalizar los espacios interdisciplinarios.

“Un poco estructuralmente sí, porque no depende solo de la decisión individual, es por cuestión de tiempo, de estrategia, y de decisiones. Pero sí creo que es una cuestión más ideológica, no tengo dudas, y también, es contar con el tiempo. Acá no hay mucho tiempo para sentarnos a pensar, de debatir, de organizar encuentros entre todo el equipo, esto de la inmediatez” (L, Centro A, Trabajadora Social).

Aquí se observa cómo identifica que esta situación tiene que ver con procesos estructurales, en donde la dimensión temporal se relaciona con la disponibilidad de recursos y la ideología acerca de atención en salud. A la vez la ginecóloga, contaba acerca de cómo trabajaron durante la pandemia para garantizar mediante un circuito administrativo el retiro de los anticonceptivos de las adolescentes que se atendían ahí.

“Buscamos un sistema donde las pacientes venían, nos dejaban, habíamos hecho una especie de folleto donde decía: nombre, apellido, DNI, qué pastilla toma, la droga y cuantas cajas necesitaba. Estuviera o no de forma presencial, venían las pacientes, llenaban esa fichita y la dejaban en un buzón. Yo las juntaba, veía quiénes eran, una ya las iba conociendo y les hacía las recetas, le preparaba los paquetitos. Eso con la ayuda de la enfermera, que era la que los entregaba. Así venimos trabajando todo este tiempo, pre y post pandemia, con el tema de la anticoncepción” (AS, Centro A., Ginecóloga).

Es interesante observar las estrategias que llevan adelante las profesionales respecto al armado del circuito y de la planificación del dispositivo de entrega de anticonceptivos con el

objetivo de disminuir las interrupciones en la toma y del consecuente aumento de embarazos no intencionales. Además, es de destacar el esfuerzo de lxs profesionales que a través de encuentros de pasillo articulan y generan estrategias para abordar la atención a adolescentes pese a todas estas dificultades incluso, en condiciones de pandemia.

En el centro de salud b, también se encontraron dificultades a la hora de trabajar interdisciplinariamente:

“Hoy se está logrando. Pero no son bien vistas. Estás reunida en una reunión de interdisciplina y estas pelotudeando. Por qué lo que importa siempre es la atención en el consultorio. Y cambiar eso es cambiar un montón de cosas. Nuestra jefa, tiene una mirada de laburo en equipo, pero hay que separar esas turneras para que suceda. Entonces tenes que tener una hora sin consulta en pediatría, y hay una demanda que nunca llegamos a dar respuesta. Esta es una lista de espera (señala y luego toma la lista que tiene a su costado) de salud mental infanto juvenil que todavía no empezó a trabajar, imagínate. Mira, te muestro las listas de espera de: psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, estimulación temprana” (RR, Centro B, Trabajadora Social).

Una de las barreras organizativas que aparece en el discurso de los profesionales, se observa en el anterior fragmento donde la jefa del centro promueve espacios, pero se encuentran atravesados por la gran demanda en los turnos. Entonces, por más que lxs trabajadorxs de lxs centros intenten o quieran reunirse, no lo logran. Se encuentran desbordadxs por la demanda a cubrir de la población y se transforma en una barrera de índole organizacional que se inscribe bajo la gestión de los municipios.

“Sí o sí tiene que haber una política institucional del CAPS que permita y amplíe el horario para que suceda. En un momento se hizo mensualmente y después nunca se logran sostener. Las reuniones de equipo no son reuniones de trabajo. Estas reuniones que armamos hoy, por ejemplo, ahora nos vamos a reunir las cuatro los últimos jueves de cada mes 3 horas. Que es un montón que un Jefe de un centro de salud determine que hay 3 horas para la reunión. Se dividen por equipos de trabajo, la otra TS, una pediatra, una fonoaudióloga y la psicopedagoga que laburan como familias complejas. Y ellas tienen espacio para una reunión por mes. Pero es por equipo, no podemos lograr que todos trabajen interdisciplinariamente. Se desprende de los proyectos un equipo y de ahí una reunión de trabajo” (RR, Centro B, Trabajadora Social).

Además, las altas exigencias en el pedido de turnos hacen que lxs profesionales conlleven altos niveles de estrés como manifestaron en los primeros encuentros en el centro de salud. Respecto de dicha formalización del horario y de cómo tratan de trabajar interdisciplinariamente, la trabajadora social argumentaba que se dividieron por equipos de trabajo por problemáticas, pero según la profesional, esto no alcanza para pensar interdisciplinariamente la intervención.

Observaciones

Previo a la pandemia, ambos centros tenían destinadas horas semanales para reunirse que por cuestiones de protocolo y distanciamiento social se vieron canceladas. Aunque es cierto que las reuniones de equipos dejan de cobrar valor por cuestiones de cuidado tampoco se buscan estrategias alternativas, como pueden ser medidas de distanciamiento, reuniones virtuales u otras modalidades para trabajar conjuntamente. Se interpreta que la poca asistencia de jóvenes en el centro se relaciona con la falta de pensar y trabajar en conjunto desde cada disciplina. **La inmediatez** termina opacando otras instancias de trabajo y reduciendo la intervención a la atención de consultorio.

3.2.3 Sistema de Turnos ¿El sistema se adapta a la población o la población se adapta al sistema?

Las formas en cómo se organizan y asignan turnos es una de las barreras más notorias que existen respecto a la accesibilidad administrativa. Puesto que la modalidad que toman estas pueden denegar o posibilitar el acceso. Asimismo, hay varias recomendaciones sobre cómo las modalidades y características que deben cumplir estos sistemas para poder llevar adelante una asistencia de forma más organizada. Pero la forma particular de dar turnos está en relación a la historia de cada centro de salud y a su inserción en la dinámica barrial.

Previo a la pandemia, en el centro a, se trabajó con demanda espontánea y turnos programados, no obstante, se generaban largas filas fuera del centro de salud al darse los turnos un día al mes. A su vez, el equipo de salud manifestó que era muy difícil y poco organizativa esta modalidad. Es por ello que en el contexto de A.S.P.O, fue necesario cambiar la estrategia, y se aplicaron protocolos para no acumular gente y evitar la transmisión de covid-19. La ginecóloga del centro refiere que en 2020 se mudaron y adoptaron principalmente la lógica de turnos programados y dejaron la demanda espontánea sólo para urgencias, las pacientes perdieron adherencia y no regresaron los turnos que sacaron. Respecto a esto cabe una reflexión sobre cómo implementar los turnos.

“Yo cuando empecé a trabajar había un solo día al mes, la gente venía ese día y hacía una cola terrible de dos cuerdas para sacar un número. Un sistema que me parecía tremendo. Yo decía que espero que se solucione esto. Siempre trabajé en el sector privado, no existe que en el sector privado haga cola. No puedo entender que esta gente haga esa cola, me rompía el alma. Después no se dio más porque vino la pandemia, no sé si esto va a cambiar o cambió. Ese es un obstáculo enorme. Si tenes que ir hacer cola a las siete de la mañana es un re obstáculo” (AS, Centro B, Ginecóloga).

La ginecóloga reconoce que la modalidad en la que las personas deben de sacar turnos en el centro no es accesible. Teniendo en cuenta la cotidianidad de la vida de lxs adolescentes, se dificulta aún más su acceso al centro de salud:

“En realidad siempre se trabajó con turnos programados, pero no es que estamos cerrados. El sistema era así: si alguien venía y me preguntaba: ‘doctora está esta persona que tiene tal problema’, y entonces en base a lo que era el tema, si necesitaba una receta o de algo que no era urgente les decía: ‘venite mañana a tal hora’. Si es una persona, que tiene una problemática importante, hemorragia o no, se me ocurre otra o incluso bueno lo de diversidad. Que si bien no es una emergencia. es. Pero es una posibilidad o una oportunidad que se pierde si se lo deja ir a esta persona. Había momentos, entonces venían y me preguntaban si lo podías ver, si había un espacio se trataba de ver en el momento y sino bueno, se re cita, pero en la semana a la brevedad” (AS, Centro A, Ginecóloga).

En relación a esto, cabe destacar que todas las entrevistadas manifestaron que durante el A.S.P.O. (aislamiento social, preventivo y obligatorio) el centro de salud “estuvo cerrado”. En este fragmento, se destaca que funcionó como recepción de demandas de casos graves y urgentes, como un centro de derivación. A la vez, manifestaron que contaban con menos personal, y que se dividieron por grupos para no ser tantos para respetar el distanciamiento.

“Así que en el momento de aislamiento más crudo del A.S.P.O., no se atendía. Se atendía situaciones muy específicas de manera presencial. Y por ahí de manera telefónica, cuando digo específicas digo situaciones de riesgo” (L, Centro A, Trabajadora Social).

En estos fragmentos se muestra que durante la pandemia se da una focalización de la atención sobre el covid-19. De esta forma se reproduce la lógica biomédica. Para ello, tomamos los aportes de Ceresina quien propone la idea que este modelo centra la salud sólo desde la enfermedad;

“El enfoque del modelo médico hegemónico que mencionamos, concibe a la enfermedad a partir de reducir el cuerpo humano a lo mero biológico. La "enfermedad" es concebida como si estuviera dotada de existencia propia, externa y anterior a las alteraciones concretas del cuerpo de los enfermos. El cuerpo es desvinculado, de esta forma, de todo el conjunto de relaciones que constituyen los significados de la vida considerándose que en la práctica médica se entra en contacto con personas y no sólo con sus órganos y funciones” (Ceresina, 1994, p.21).

En el centro b, previo a 2019, se trabajaba con modalidad de demanda espontánea facilitada por el hecho de estar dentro del barrio. La mudanza del centro de salud coincidió con la pandemia y generó un impacto en la llegada de la población al centro. En este sentido, una de las barreras que encuentran es el cambio a la modalidad de turnos programados. Se cambió el

sistema de turnos por las largas filas que se armaban afuera. Es decir, que se cambió la lógica de atención para evitar esto y posibilitar el distanciamiento requerido como cuidado en la pandemia;

“Yo creo que lo que lo limita son los turnos, es el sistema de turnos, es así, hay mucha demanda, poco médico, siempre es la misma cosa. Pasa también en el sector privado, pero pasa menos, va haciéndose más difícil” (AS, Centro A, Ginecóloga).

“Antes el centro se manejaba con turnos espontáneos, entonces cualquier cosa que pasara en el día, la paciente la tenía resuelta porque se anotaba en una lista y la veías. Con la pandemia eso se modificó, porque se hacían colas afuera esperando, y era muy difícil controlar las personas que entraban porque se dieron turnos programados. Así que cambió la dinámica de lo que era ginecología para las pacientes y se tuvieron que adaptar a eso que fue muy difícil para nuestra población que estaba acostumbrada a que lo que sucedía se resolvía en el día.” (AS, Centro A, Ginecóloga).

Algunas miradas de las profesionales entrevistadas focalizan la responsabilidad de la adherencia en los turnos en el otro enunciada como “el otro no viene porque no quiere”, como si fuera una cuestión de decisión individual y sin interrogar la organización del centro.

“Para mí la barrera son los turnos. Es un poco mejor porque es una forma de organizar, antes era un caos total. Y para ellas es eso, es saber que el turno va a ser de acá a veinte días y lo que pasa es que no vienen. Esta es la principal barrera porque después no tienen ninguna otra. Están acostumbradas a la demanda espontánea y a la accesibilidad que tenían. Hola, necesito tal cosa. Sí, ya te veo. Y entonces ahí si se quedaban” (AS, Centro A, Ginecóloga).

En consecuencia, en un centro donde lxs profesionales tienen altos niveles de estrés, la calidad de atención necesariamente disminuye, como menciona a continuación la profesional. Esto refleja también las dificultades que trae consigo la falta de recurso humano disponible para dar respuesta a la demanda que tienen los territorios. De tal forma, como se mencionó, el desgaste hacia el personal influye en la atención de la población. Y el agotamiento emerge como otra barrera más dentro de la organización del centro. Asimismo, en el discurso de todas las profesionales surge una referencia al cansancio que queda representada en el siguiente fragmento

“Es muchísima gente que viene. La realidad es que nunca vamos a dar respuesta a toda la demanda. Si tenemos una psicóloga infanto-juvenil, con solo ocho horas, puede ver seis pacientes nada más. Cada vez que nos reunimos hay que ver el calendario. Además, la admisión, más que comen, más esto, más lo otro. Ocho horas semanales porque comparte horas con otra sala. Lo que falta acá es más personal, más recursos humanos(...)los turnos de ginecología tienen bastante demora, tenemos una ginecóloga menos, y la demanda aumentó un montón” (RR, Centro B, Trabajadora Social).

A partir de lo expuesto se abre la pregunta de este apartado: ¿Es el sistema el que debe adaptarse a las lógicas de la población o es la población la que tiene que adaptarse a las lógicas del sistema? Si lo que se busca desde la salud pública es mejorar los procesos de llegada, participación, adherencia, y calidad de atención cabe preguntarse si es la mejor opción construir formas de atención que no contemplen la mirada de la población. Si no se contempla la misma podría volverse una barrera más en el acceso cómo ocurre en el centro.

Esto refleja también las dificultades que trae consigo la falta de recurso humano disponible para dar respuesta a la demanda que tienen los territorios. De tal forma, como se mencionó, el desgaste hacia el personal influye en la atención de la población.

Observaciones

En resumen, se recuperan varios puntos interesantes mencionados por las entrevistadas a modo de comprender mejor el análisis. Respecto al sistema de turnos, fue posible observar que la pandemia lo modificó fuertemente; en un inicio durante el A.S.P.O. de forma más restrictiva y luego en el D.I.S.P.O, intentando recuperar los procesos de adherencia.

La situación que atraviesa el país, condiciona la posibilidad de contratar nuevos profesionales, los cuales son demandados por los C.A.P.S. Como una de las barreras principales en el acceso a la población, se identifica la alta demanda. También abona a esto el impacto de la desvalorización del salario, con la disminución del poder adquisitivo. Sumando las dificultades en la poca respuesta de los servicios de PAMI, hace que los centros de salud y el sector público en general, colapse y se sature. Así, lxs trabajadorxs de salud manifiestan que no dan abasto por dicha demanda. A lo que se le suma; la precarización en el sector de la salud, la constante rotación de personal entre efectores, los altos niveles de estrés y la sobreposición de trabajos.

En este contexto cabe abrir algunas preguntas en torno a la situación que atraviesan tanto profesionales como la población que asiste a los centros de salud. ¿Es posible construir formas de acceso que no impliquen una adaptación de quien se atiende, a un sistema con modificaciones constantes? ¿Es posible des-individualizar la responsabilidad para problematizar los motivos de la ausencia o la pérdida de adherencia? Estas preguntas, entre otras, invitan a cuestionar los supuestos en los cuales la población deba adaptarse al sistema ya que esto podría ser a la inversa o de forma no lineal. Por ejemplo, a partir de procesos o miradas integrales de construcción colectiva donde se formen con el otrx.

3.2.4 Segundo Nivel, “un muro invisible”

Se desarrolla, en el primer apartado de esta investigación, que los intentos de integración de los niveles de atención, la implementación de la A.P.S. como estrategia de salud y su focalización cómo un nivel de atención, fueron problemáticas recurrentes en la historia del sistema de salud en el país. Transformarlo y superarlo es una gran deuda del Estado Nacional.

“Bajo el nombre de APS, durante las décadas de 1980 y 1990 se realizaron políticas focalizadas en determinados grupos poblacionales a partir de programas sanitarios que se centra únicamente en el primer nivel de atención, sin garantizar su conexión con el resto del sistema sanitario y desvinculando la salud de los determinantes sociales” (Ase y Burijovich, 2009, pg.35).

En las entrevistas con las profesionales se identifica aún hoy esta problemática de la integración y articulación entre los niveles de atención en salud. Así, el vínculo con el hospital es una de las principales barreras organizativas que reconocen las entrevistadas, por ejemplo. La articulación y derivación con el segundo nivel se vuelve una barrera de suma importancia en el acceso de la población. Se hace presente la barrera de la accesibilidad administrativa u organizacional que dificulta la atención cuando requieren un mayor nivel de complejidad, limitándose la integralidad de la atención.

Pensar en la A.P.S. como estrategia significa pensar que los centros de salud funcionen como una puerta de entrada al sistema en la que se trabaje con lineamientos sobre promoción y prevención. Para una atención completa e integral de la población, es fundamental lograr una articulación transversal entre todos los niveles y efectores de salud.

Esta problemática no se resuelve solo con la APS, y como consecuencia se vuelve indispensable derivarlo a niveles de mayor complejidad, como es el segundo o tercer nivel. Según los lineamientos de A.P.S. debe de realizarse mediante redes y circuitos formales, que permitan efectivizar la integralidad de la atención de cada sujetx utilizando el sistema de referencia y contrareferencia. También se estima como ideal, que se realicen turnos protegidos de acuerdo al diagnóstico que haga el profesional desde donde se deriva al sujetx. Todo esto, es muy difícil de implementar y la falta de circuitos, la desvalorización del segundo nivel sobre el primero y la falta de propuestas políticas para mejorar la articulación, emergen como barreras en el acceso a la población. Cabe aclarar que cuando pasan al siguiente nivel se encuentran con las barreras administrativas que dificultan y agravan la situación de salud de cada sujetx.

Se evidencian en el discurso de los profesionales dos tipos de representaciones sociales sobre dicha barrera de acceso: por un lado, de índole organizacional: la creación de circuitos de referencia y contrarreferencia que permitan mejorar la articulación entre ambos niveles y

efectores de salud y formalizar las redes e intervenciones. Se trata de tener una mirada situada y conjunta de cómo resolver las problemáticas de salud de la población.

Y por el otro lado de índole cultural: los profesionales de los hospitales tienen en general una mirada descalificante y despectiva sobre los trabajadores de los C.A.P.S. y estos a la vez ven al segundo nivel desde un lugar netamente expulsivo.

En lo que respecta al centro de salud A, las dificultades entre el primer nivel y los hospitales también se hace presente, pero en menor proporción que en el centro salud “b”. Una de las barreras según las entrevistadas es la falta de unificación de los sistemas digitales conjunto con la creación de redes que formalicen los circuitos de derivación y asignación de turnos. Esto genera barreras administrativas organizacionales y la vulneración en la atención de la población que se dirige al hospital.

“Y el hospital es imposible. En una época lo hacíamos cuando pusieron el sgh, dábamos los turnos, pero venía siempre la gente a quejarse. Le dábamos para el dermatólogo y había diez agendas y no sabíamos cuál era. Nunca nos capacitaron en cuanto a las cosas que podés dar turno y que no. De hecho, con otras salas nunca dimos turnos sin llamar y preguntar. ¿Che puedo dar tal turno, lo tienes libre? ¿Lo puedo dar? En cambio, con el Hospital siempre teníamos problemas y la gente venía y se enojaba con nosotras. Se te enojan porque cuando la gente iba allá no los atendían” (C, Centro A, Administrativa).

La articulación entre lxs administrativxs del mismo nivel se describe sencilla. Se llama, pregunta y averiguar lo que las fallas del sistema digital no permiten. Pero esta articulación entre pares no se encuentra con las administrativas del segundo nivel. En consecuencia, se refuerzan las representaciones sociales que de este modo jerarquizan al segundo nivel.

Es importante destacar lo dicho por la administrativa respecto a que no se capacitó correctamente a lxs trabajadorxs para llevar adelante las tareas pertinentes a la utilización digital de los sistemas. La capacitación es un derecho laboral de vital importancia para la actualización y mejora en la atención en salud. En el caso de las redes y circuitos de articulación según aportó otra de la entrevistadas, las mismas solo existen de forma informal en grupos de WhatsApp. En ellas algunas líneas de comunicación se efectivizan con el hospital municipal.

En lo que respecta a la referencia y contrarreferencia, la ginecóloga del centro “a” manifiesta lo siguiente:

“Tienen un montón de falencias, cosas para arreglar y a veces las que faltan son las más tontas porque ni siquiera necesitas plata, es una cuestión de sentido común. Nosotros teníamos un grupo de wp. Tuve una paciente con nódulo de mama y se realiza la hoja de referencia-contrareferencia, se le entrega a la paciente con un recetario que diga turno para patología mamaria. Ella sabe que tiene que ir al hospital a pedir ese turno con el papelito que le doy, pero automáticamente yo subo

el formulario, la orden, al grupo de WhatsApp entonces saben que va a ir. Así también, paciente que hay que biopsiar, paciente que le salió mal el pap, esas cosas que no podemos resolver en el primer nivel. Entonces el sistema es como que está muy aceitado” (AS, Centro A, Ginecóloga).

Según el fragmento de la entrevista, en las patologías médicas parece más sencilla la articulación entre las mismas profesionales. Se pregunta si este circuito que plantea la profesional puede continuar sin la presencia de ella. Cabe destacar que la ginecóloga, luego de realizar la entrevista, dejó de trabajar en el centro de salud. Se abre así el interrogante, si este circuito se mantiene o se pierde.

En el centro b, las problemáticas y dificultades con el segundo nivel que tienen mayor relevancia son las dimensiones administrativas que las culturales.

Respecto a las primeras, el relato de la administrativa sobre el circuito sobre la hoja de referencia y contrarreferencia “se fue aceitando” durante la pandemia. Antes de 2019 costaba mucho que vuelva la hoja de contrarreferencia dificultando el seguimiento y la evolución del paciente dentro de los C.A.P.S. Pero luego de varias dificultades esto cambió:

“No había vuelta de la hoja de referencia. Ahora es como que está prohibido en cualquier sala que no salgan con ese papel. Eliana que es coordinadora de redes debe manejarlo bien porque les pide esta devolución como auditoría. Igualmente, no sé cuánto vuelve de eso que se va” (MH, Centro B, Administrativa).

En la articulación entre profesionales se produce el trabajo informal, salvo en algunos circuitos más “aceitados” según manifiesta el equipo. La articulación entre ambos niveles, en términos de distancias, está representada cómo “un abismo” según la profesional del equipo:

“Para afuera por ahí es mucho más difícil. Nosotros a veces articulamos con el hospital y hay un abismo entre nosotros y el hospital. Por ahí con otras salas es más fácil porque es de colega a colega. Entonces levantas el teléfono y le decís, che, te voy a mandar tal paciente por la razón que sea, entonces es un poco más ágil. Pero llegar al hospital es más complicado; por turnos, porque son otros profesionales, por los tiempos. No te dan la misma respuesta. Es otra dinámica” (CC, Centro B, Ginecóloga).

La relación entre el segundo nivel y el primer nivel emerge cómo una “distancia simbólica” entre ambas instituciones, enunciada en forma de “abismo” por las entrevistadas. Distancia que separa y fragmenta la posibilidad de articulación entre ambos efectores y que por siguiente genera barreras en el acceso a la población.

En este sentido, los aportes de Bourdieu (1999) clarifican al señalar que las personas se encuentran próximas en el campo no sólo en sus condiciones subjetivas locales, sino también en las condiciones objetivas de existencia. Esta dinámica de proximidad, delimita también las

distancias sociales, no sólo simbólicas, sino espaciales, económicas, e incluso de clase. Bourdieu lo deja claro:

“El poder sobre el espacio que da la posesión del capital en sus diversas especies se manifiesta, en el espacio físico apropiado, bajo la forma de una determinada relación entre la estructura espacial de distribución de los agentes y la estructura espacial de distribución de los bienes o servicios, privados o públicos” (Bourdieu, 1999, p.2).

Respecto a lo que tiene que ver con las barreras de índole cultural/simbólica, una de las profesionales entrevistadas refiere que la dificultad en la articulación reside en que se menosprecian los diagnósticos de los profesionales de los centros de salud:

“La mayor dificultad de la APS es la articulación con los niveles de mayor complejidad. Muchas veces se menosprecia la evaluación que se hace en APS al momento de recibir la derivación” (CC, Centro B, Ginecóloga).

En este sentido, según Gorban (2018) retomando los aportes de J. Rollins, plantea la idea que esta relación asimétrica, permite la reproducción de las relaciones desiguales de clase mediante una “justificación ideológica”, aquella que plantea que ciertas personas podrían ser inferiores a otras (entre profesionales de salud de distinto nivel).

Los centros de atención primaria se sienten menospreciados por los trabajadores de salud de los hospitales que realizan dobles diagnósticos, lo cual implica que los diagnósticos médicos, psicológicos o sociales realizados desde atención primaria no son tenidos en cuenta por lxs profesionales de los hospitales, quienes los descartan y construyen otros. Esto resulta conflictivo, tanto para lxs profesionales, cómo para lxs adolescentes que llegan a ese nivel. De esta forma se realizan intervenciones atomizadas e individualizantes que crea una barrera en el acceso a la salud integral de lxs sujetxs que se atienden en ambos efectores.

En lxs adolescentes impide construir autonomía sobre su propio proceso de salud. De esta forma se desaprovechan oportunidades de captación integral de los mismos para que puedan ser atendidos en el sistema de salud en general. Por ejemplo, con lxs adolescentes embarazadx que llegaban al hospital antes del parto, la contrarreferencia no volvía al centro de salud impidiendo los seguimientos desde los centros de salud, según relata la trabajadora social:

“Y es una de las cosas que más cuestan las articulaciones con el segundo nivel, o tercer nivel (se ríe). Cuesta, por ejemplo: la mater; te hablo de una mujer adolescente, bueno acceden antes del parto. Recién ahora, se está laburando con lo que tiene que ver la vuelta de esa mujer, a ese binomio al primer nivel nuevamente, nunca volvía la hoja de contrarreferencia” (RR, Centro B, Trabajadora Social).

Otra de las barreras que identifica el equipo respecto a estos circuitos y redes, son los cambios en la política y en lxs directivos del municipio:

“¿Sabes lo que pasa? Cada vez que se arma algo en Vicente López, cambian los directivos. Entonces llega un momento en el que, todo lo que venís haciendo, llega alguien y dice ahora vamos a hacer esto, y vos venís si (silva, inclinando la mano para abajo), tratando de armar redes, armar cosas y se vienen abajo. Ahora estamos tratando de articular más con la matern. Con el hospital directamente no podemos articular, no podemos llegar, es cómo que hay algo, no sé, no accedemos. Cuesta, no tenemos referentes” (RR, Centro B, Trabajadora Social).

Como menciona la entrevistada, es posible analizar que, en términos de accesibilidad, el rol de las gestiones estatales referidos a la salud y a las políticas públicas, juega un rol fundamental a la hora de facilitar u obstaculizar el acceso a la salud pública. Esta dimensión política atraviesa el relato de las entrevistadas.

Observaciones

Este **“muro invisible”** que se manifiesta como **“un abismo”** de distancia entre ambos niveles, conlleva los conflictos de intereses a la hora de las articulaciones, lo cual es una barrera tanto para lxs profesionales cómo para la población que se atienden en los efectores. Se provocan “distancias simbólicas” que se vuelven materiales, vulnerando el derecho a la atención integral. Es de vital importancia en lo que respecta a la materia de salud sexual, pensar estrategias que contemplen gestiones más integrales, tanto en niveles macro, meso y micro.

3.2.5 ¿A dónde van los varones? ¿Un bache en el sistema de salud?

Dentro de las barreras que los E.S identifican respecto a la accesibilidad administrativa, surge una que cabe destacar, ya que emerge como una problemática importante en ambos centros de salud. Se evidencia la plena ausencia de los varones cis hetero, situación que se prolonga en la vida adulta de estos. Según las investigaciones de Tajer (2019) sobre los varones adolescentes y las barreras de género en la atención de su salud:

“Desde la adolescencia, los varones consultan menos en el sistema de salud y las campañas orientadas a ellos muestran bajo impacto en la adopción de conductas preventivas y en la consulta precoz por problemáticas de salud de mayor incidencia en esta población” (Tajer, 2019, p.3).

Al realizar el análisis sobre esta situación, es necesario ampliar las observaciones sobre el acceso desde una perspectiva de género que haga hincapié en las masculinidades. Según los aportes de Tarducci y Zelarrayán (2004), el concepto de “perspectiva de géneros” es crucial para pensar dicha problemática. Desde un análisis histórico se piensa el género en relación al

desarrollo de las sociedades y sus problemáticas en torno a la desigualdad o exclusión social. Las autoras analizan las acciones que realizan lxs sujetxs a nivel personal y comunitario e intentan dar cuenta de la influencia desde las diferentes instituciones y/u organizaciones (educación/escuelas, escuelas, trabajo/sindicatos, religión/iglesias, salud/hospitales, etc.) y cómo los mandatos o representaciones sociales sobre “lo masculino” y “lo femenino” constituyen el género (Tarducci y Zelarrayan, 2004).

Continuando con la propuesta de las autoras, el proceso histórico en el que se describe cómo se fue “oficializando” la diferencia sexual entre hombres y mujeres mediante la división sexual del trabajo se relaciona con la sociedad en la que crece y se desarrolla cada persona. Según esto van a surgir las diferentes maneras de vivir la sexualidad y de expresar lo femenino/ y lo masculino. Los atributos que definen el “ser hombre” o “ser mujer” dentro de una misma sociedad, cambian según la coyuntura. “El concepto de género afirma que aprendemos a ser hombres y mujeres según lo que las sociedades van definiendo como lo propio de lo femenino y lo masculino” (Tarducci y Zelarrayan, 2004, p.2).

En el centro a, la problemática surge como un interrogante dentro del equipo de salud: **¿Por qué los varones no se acercan al centro?**

En el siguiente fragmento, vemos cómo emergen reflexiones, entre la ginecóloga y la trabajadora social, acerca de la poca demanda de adolescentes varones en el centro de salud y cómo esto impacta en el aprendizaje de prácticas de cuidado sobre su salud sexual:

“El varón siempre termina aprendiendo de lo que le dice el amigo, el padre. No hay un laburo de sexualidad y eso no está bueno porque después se extiende al movimiento feminista, que también Porque si el varón estuviera mejor educado desde la sexualidad habría también mucha menos violencia en general. Esta cosa también del macho que tiene que demostrar; me parece que hay mucho laburo, mucho para deconstruir.” (AS, Centro A, Ginecóloga)

Se desprende de las reflexiones de esta profesional que los mandatos están ligados al coraje y valentía. Para no mostrarse débil o temeroso, evitan la consulta o la atención ya que en caso de acceder al centro estarían demostrando una presunta debilidad. Según Bonino (2002) esto se asocia a las construcciones hegemónicas sobre la masculinidad. Considerando investigaciones de las autoras mencionadas y las entrevistas realizadas a los C.A.P.S es posible afirmar que:

“por lo general, establecen escaso contacto con los servicios de salud, utilizándolos sólo en caso de extrema urgencia y nunca preventivamente. Muchos varones recaban información sobre infecciones de transmisión sexual a través de redes sociales, familiares cercanos y, como última opción, acuden al sistema de salud” (Tajer, 2019, p 4).

Esto refiere a una posición que desde el psicoanálisis se ha caracterizado como impostura masculina y que responde a lo que señala Badinter de que un varón para ser considerado tal, debe demostrar continuamente que no es un niño, que no es una mujer y que no es homosexual (Badinter citado en; Escobar, Chiodi y Vázquez, 2018). Por este motivo, desde esta investigación se destaca la importancia de tener en cuenta las influencias culturales y las estructuras sociales a la hora de pensar cómo éstas construyen modo de subjetividades que operan como barreras en el acceso de la población masculina.

Las formas en las que se socializa están relacionadas directamente con las representaciones sociales en torno al género. Referido al “ser hombre”, actualmente como postulan lxs autorxs “es una forma hegemónica de socialización que representa claras ventajas para el varón” (Escobar, Chiodi y Vázquez 2018, p.45). A su vez que se beneficia en diferentes circunstancias respecto de otros géneros. Esta forma es sostenida en el tiempo y provoca riesgos para otrxs y para sí mismos. A fines analíticos lxs autores enumeran estos riesgos: hacia mujeres, niños y niñas, hacia otros varones y para sí mismos, que se relacionan con la accesibilidad a la salud, siendo obstaculizada por los mandatos sociales a los que mayormente responden los varones en base a sus representaciones sociales de la masculinidad;

“Bueno, lo hablábamos con Laura, ¿quién tendría que hacer este trabajo? ¿en la atención primaria lo hace el médico de familia? no creo, porque ¿a dónde va el varón?” (L, Centro A, Trabajadora Social).

Cabe aclarar que los equipos sitúan la principal barrera, no tanto la responsabilidad en lo estructural/cultural, sino en el propio sistema de salud. Continuando con los relatos de las entrevistadas se observa una autocrítica al sistema de salud al momento de pensar los espacios y servicios que estos le brindan a la población. En palabras de la entrevistada:

“Me llega sólo la mujer, eso también lo hablamos, tuvimos una charla muy interesante con Laura. Decíamos esto de cómo nos llega a nosotras, a mí me llega toda la población, en su mayoría, femenina y que debería haber como una contracara, como una contraparte en la población adolescente masculina. Porque es así, empieza la iniciación sexual y siempre todo está apuntado a la mujer, la anticoncepción a la mujer, la charla de la primera vez es para la mujer” (AS, Centro. A, Ginecóloga).

En este sentido, las profesionales no sitúan las barreras en las prácticas culturales de los varones, sino en la falta de especialidades que atiendan la problemática como así también de espacios desde el centro que las aborden. Siguiendo con Tajer (2019) el impacto físico y emocional que implican los ordenamientos de género en la salud de los adolescentes varones,

no es percibido por estos. Además, según la investigación de la autora y, en concordancia con lo manifestado por los E.S, son muy pocos los espacios con los que los adolescentes cuentan para poner en palabras sus preocupaciones o dudas, como así también denunciar situaciones de vulneración de derechos o violentas.

Ambos centros presentan la ausencia en el acceso de los adolescentes varones en los centros de salud, aparece frecuentemente en el discurso de las profesionales. Aquí también emerge la reflexión respecto al sistema de salud y la falta de dispositivos para que los varones se acerquen a él. Se remarca así, la idea en la cual el sistema de salud está pensado solamente para las mujeres, para su reproducción y para lxs niñxs. Haciendo referencia a la falta de espacios para los varones, la ginecóloga manifiesta;

“Lo que pasa que tampoco hay un espacio para ellos en el centro de salud puntualmente. Entonces apuntamos más a las chicas para la anticoncepción o alguna situación particular. Entonces tienen que venir sí o sí. Pero la verdad que había muchos chicos con un montón de consultas. Consultas sobre el desarrollo. Se acercaban a preguntar, pero después no tenían un lugar de referencia donde ir” (CC, Centro B, Ginecóloga).

Esto permite reflexionar no sólo sobre si se acercan al sistema de salud, sino también sobre las estructuras en las cuales se reproducen formas de aprender la sexualidad. De este fragmento es interesante revisar que, según la entrevistada, el problema no radica en la falta de interés de los adolescentes en consultar, por el contrario, es una vacancia en los dispositivos que permitan abordar y canalizar la demanda que tiene este grupo poblacional. Se remarca así la falta de política pública destinada a los varones adolescentes. La trabajadora social reflexiona al respecto;

“No hay oferta, para adolescentes. ¿A que va a venir? ya te digo, a gineco. ¿El adolescente varón a que viene? ¿a un control de salud a los 15 años? si desde los 5 que no lo hace ya. Es muy difícil que venga un pibe de 15 años al control, salvo que necesite un electro para jugar a la pelota y le entres por ahí ¿para qué va a venir si no existe nada para venir? Es que no hay política, el sistema de salud no está pensado ni para el hombre ni para el adolescente varón”. (RR, Centro B, Trabajadora Social).

Desde una perspectiva de género, aparece como fundamental en el discurso de la profesional la cuestión del cuidado de los varones. Quienes traen a sus hijos a atenderse son las mujeres que muchas veces son madres solteras que deben de hacerse cargo ellas solas del cuidado de estos. En función de este análisis, según la investigación de Tajer (2019) en las que realizó entrevistas a adolescentes sobre la concurrencia a centros de salud, se observa al igual que en

los centros a y b las “consultas de los varones aparecen mediadas por mujeres” (Tajer, 2019, p.9).

“Los niños vienen con la madre, nunca preguntamos porque no viene el padre. Y ahora si viene el papa, ¡qué bueno que viene el papa! Y nos preguntamos dónde está la mamá, y nos hace un montón de ruido dónde está esa mamá, pero cuando está la mamá sola, no preguntamos dónde está el papa. Bueno así es con todo. Y el hombre que te llega, te llega hecho mierda ya, diabético, hipertenso.” (RR, Centro B, Trabajadora Social).

En otro orden en función de pensar los motivos por los cuales se acercan los adolescentes al centro de salud, la ginecóloga explica que la mayoría se acercan por los aptos físicos:

“Los adolescentes varones son como un blanco, un gris perdón...un bache. Vienen solo acompañados de los padres para un apto físico. O que tengan alguna novia a la que le haya pasado algo, ahí vienen. No se acercan ni por casualidad porque también, para mí, no tienen necesidad. No tienen asumido la visita al médico para algún control. Entonces, como no les está pasando nada, ¿para qué van a ir al médico? Es también lo que te dicen muchos. (CC, Centro B, Ginecóloga).

Cabe destacar que de este fragmento también se observa un imaginario de la profesional en la cual lxs profesionales no tienen un registro consciente cuando ponen en juego sus imaginarios sociales, “entendiendo a estos como universos de sentidos o naturalizaciones que rigen los sistemas de creencias certezas teóricas y/o técnicas (...) los profesionales creen que están operando sólo desde sus conocimientos científicos” (Tajer, 2019, p.2). Es por eso fundamental identificar las prácticas que no contemplen los riesgos específicos de los varones adolescentes, incorporando la perspectiva de género. En este sentido incorporar la visión de género permite problematizar las causas de porqué los adolescentes varones no se acercan al centro, cuáles realmente son sus necesidades, sus problemáticas, por qué no tienen asumida la visita al médico y cómo esto repercute en su salud.

Observaciones

En los centros la escasa concurrencia de lxs adolescentes se acentúa en lo que respecta a la población masculina. En el discurso de las entrevistadas aparece como una problemática importante que discuten entre las profesionales. Esto quiere decir que no le es ajena la situación, por el contrario, reflexionan sobre cómo solucionarlo y los motivos por los cuales estos no llegan al centro de salud. En este sentido, en ambos centros surge que la falta de llegada de los adolescentes varones responde a barreras de accesibilidad administrativa, como pueden ser la

falta de especialidades que los contengan, o los espacios dentro del centro para que los mismos participen, a lo que se puede sumar que;

“En los servicios de salud se identifican diversos obstáculos como la falta de preparación de las y los profesionales de la salud para atender a los usuarios varones y la escasez y ausencia de modelos, programas y materiales específicos dirigidos, desde una perspectiva de género, hacia el cuidado y la prevención de la salud en varones adolescentes” (Tajer, 2019, p 4).

Más allá de las barreras culturales que les impiden acercarse, el equipo pone el foco en la responsabilidad del Estado y en ellos mismos como garantes de derechos. Pensar en qué términos impacta en la salud del hombre es vital, ya que debido a cuestiones estructurales del patriarcado (que les impone determinados atributos, funciones y valores construidos culturalmente) fueron relegados del sistema de salud y su llegada o acercamiento al mismo suele realizarse de manera tardía con cuadros de salud complejos. Esto permite afirmar que “en el sistema de salud aún persiste una concepción binómica de los sexos, que los separa en hombre-mujer e intenta homogeneizarlas en su interior como algo biológico; y asignándole a cada cual un determinado deber-ser” (Colodrero, 2016).

De lo observado, se destaca que no hay una oferta (programas, estrategias, espacios, entre otras) para la atención del varón. La salud sexual y reproductiva está organizada desde los C.A.P.S a través de la ginecología. Desde su concepción no hay invitación al varón, los contenidos principales están relacionados a la reproducción (evitarla) enfocada en la responsabilidad de la mujer -otra asimetría de género, vinculado con los mandatos, los estereotipos, la división sexual del trabajo, el trabajo reproductivo para la mujer y lo productivo para el hombre, o la organización social del cuidado (en agenda estos últimos años)- en ese sentido, no hay mirada de la sexualidad cómo integral, solo apunta a lo reproductivo o a las enfermedades relacionadas a la sexualidad. El deseo es un tabú, los derechos sexuales, el placer y el goce no tienen lugar en la concepción del sistema de salud sobre la salud sexual integral.

En ambos C.A.P.S identifican que los varones vienen en su mayoría por consultas para aptos físicos. No se manifiesta una estrategia por parte de los E.S para aprovechar dicha instancia. La mayor oportunidad de captación de los mismos es en las actividades comunitarias que llevaban adelante en los colegios.

Es importante reflexionar respecto a las representaciones sociales acerca de los géneros y la sexualidad tanto de lxs adolescentes como de los equipos de salud, ya que las mismas pueden funcionar en formas de barreras o facilitadores en el acceso a la salud. En relación a lxs profesionales, siguiendo el análisis de Tajer (2019), los imaginarios de los equipos respecto a

las causas de porqué los adolescentes no se atienden, funcionan como barreras simbólicas que imposibilitan entender las causas de fondo. Estos imaginarios operan en el orden del sentido común, pero es enunciado como si fuera en base a un saber técnico-científico, lo cual implica seguir investigando estos imaginarios.

3.3 Accesibilidad Económica

Otra barrera respecto al acceso de la población al centro de salud y su recorrido en él, es la dimensión económica. En este sentido tomando los aportes de Sánchez-Torres (2015), se define la accesibilidad económica como “la capacidad de los individuos o de la comunidad para costear la asistencia y donde, sí el individuo o la comunidad no está en condiciones económicas para utilizarlo, ese servicio no puede ser considerado accesible” (Sánchez-Torres, 2015, p.86). Los resultados a los que se llega con la investigación son importantes respecto a la dificultad de pensar lo económico en relación a lo público y gratuito. Más aún en una población adolescente cuyos costos económicos están ligados a la falta de autonomía económica, ya sea para trasladarse al centro de salud o cualquier gasto asociado, como ser la compra de medicación en el caso de que el centro no lo prevea (un claro ejemplo son los anticonceptivos).

Para pensar la accesibilidad económica es necesario tener en cuenta la noción de determinantes sociales de la salud. Se trata de comprender la interrelación de las problemáticas y cómo las mismas se van agravando y dificultando en su resolución. Esto, sin dudas, repercute en las condiciones de salud de la población como menciona el informe de UNICEF (2017):

“Los jóvenes se encuentran entre los grupos más afectados por la pobreza: se estima que para 2015 el 26,2% de los adolescentes de entre 13 y 17 años eran pobres según la aproximación multidimensional; mientras que un 4,1% sufría de pobreza extrema” (UNICEF, 2017, p.5).

Esta situación se complejiza en la pandemia ya que la misma afectó gravemente la economía del país. Según los testimonios de los E.S, en el barrio aumentó el número de personas sin cobertura de obra social a causa de la crisis económica y el desempleo. Esto se debe en parte al impacto de la pandemia que comienza a mostrar sus consecuencias y repercusiones. En un relevamiento sobre la situación económica realizado a referentes de los barrios populares del conurbano bonaerense en el contexto del aislamiento social obligatorio llevado adelante por ICO (Instituto del conurbano), se observa que las personas entrevistadas destacaron la preocupación por;

“(…) la discontinuidad de la relación salarial de los trabajadores dependientes no registradas o que ya eran objeto de distinto tipo de precariedad de su vínculo laboral. Aquí se mencionan asalariados temporarios a los que no se les renueva el contrato, trabajadores no registrados de la

construcción, textiles, trabajadores tercerizados y especialmente, las trabajadoras en casas particulares”. (ICO, 2020, p.15)

Si en un momento la ventaja radica en la capacidad de organizar el funcionamiento del sistema al establecer una “puerta de entrada”, luego se identifica que la responsabilidad nominada permite cambiar integralmente el modelo de atención. Sobre una población definida y conocida, es posible asumir un enfoque centrado en las necesidades epidemiológicas más que en las demandas espontáneas que se concretan en los servicios, es posible establecer cuidados programados y una lógica de cuidados progresivos en red, es más factible desplegar acciones extramuros o comunitarias, es más viable incorporar esquemas de monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios y redes (González, 2016, p.3).

Centro a)

Recuperando lo trabajado en el segundo capítulo de esta investigación en donde se definió cómo estaba compuesta la población de los centros, se reitera que la misma en general, son personas sin obra social y a la vez, jubiladxs con afiliación al PAMI que cobran la jubilación mínima. Según la mirada de una de las profesionales, el impacto que tuvo la pandemia agrava la situación de crisis que ya se transitaba debido a las políticas neoliberales de los años 2016 a 2019.

“En sí, están con lo mínimo. Encima este es un momento complicadísimo para evaluarlo. Se ha visto en todas las áreas y especialidades. Ver gente que antes venía y le preguntabas si tenía obra social y te decía que sí, y ahora dejó de tenerla. O perdió el trabajo o sucedió algo. Sucedió con mucha gente del sector tanto privado (en cuanto a prepagas) y aquellas personas que tenían obras sociales. Entonces se volcaban a la atención del sistema público. Y después está la gente mayor que tienen PAMI. Pero la verdad es que van al centro porque es mucho más fácil.” (AS, Centro A, Ginecóloga)

Respecto a la población adolescente, no se detalla por parte de las entrevistadas una mayor precisión al respecto ya que, como se viene desarrollando, son minoría los que se atendieron allí. Lxs adolescentes son hijxs de la población caracterizada por la entrevistada - desempleada, pérdida de cobertura, entre otras-, lo que implicaría que también la pandemia impactó económicamente en ellxs, modificando su cotidianidad, siendo lo económico una barrera más en el acceso al centro de salud.

Centro b)

Este se encuentra dentro de un área programática que abarca uno de los barrios populares que se encuentra en el municipio de Vicente López. Durante el verano de 2020 mudaron sus instalaciones a seis cuerdas de donde estaban anteriormente. Si bien esto no obstaculizó la

referencia con el centro, estas seis cuabras implican un cambio significativo para la población, debido a la distribución espacial-geográfica del barrio. Según una de las entrevistadas, a la hora de caracterizar el nivel socioeconómico de la población, decía lo siguiente:

“Obviamente es bajo. Hay un 30% que tiene trabajo estable con obra social, de la mitad son municipales, la otra mitad de fábrica, metalúrgicos, pero la mayoría recibe planes (Hacemos Futuro, Potenciar Trabajo). Tienen acceso a obra social, pero es bastante precaria, por la cual estamos sacando algunas cositas, y bueno la Asignación Por Hijo” (RR, Centro B, Trabajadora Social).

Retomando el trabajo realizado por I.C.O. “se señalan fuertes impactos en los ingresos de lxs trabajadores, ya sea su total discontinuidad o su fuerte reducción, en la medida en que se hayan visto afectados los ciclos de producción y circulación, en cada caso” (I.C.O, 2020, p.11). Se evidencia la importancia de las políticas sociales que apunten a amortiguar el impacto de la pandemia, como herramientas de contención a la población afectada.

En relación a la población adolescente se destaca un impacto económico grande, ya que una parte de ella, son “mamás adolescentes”. Aquí se observa cómo los determinantes de la salud se ponen en juego ya que el bajo nivel económico implica la dificultad en el acceso a otros derechos, como puede ser la atención en salud, el acceso a programas, planes o al DNI.

“Lo que más trabajo son las chicas, las mamás adolescentes, 16,17,18 años. Y principalmente vienen por acceso a la A.U.H que son menores de edad, que no están pudiendo cobrar, que no tienen trabajo, que dependen de su mamá, que tienen conflictos familiares. O acceso a la documentación, a la identidad, chicas que no han tenido su documento durante mucho tiempo y ahora son mamás y quieren tener su documento, para poder cobrar o ingresar a algún programa” (RR, Centro B, Trabajadora Social).

De este fragmento se deduce al igual que se desarrolló en el inicio de este capítulo, que lxs adolescentes son uno de los grupos más afectados por la pobreza. La misma repercute en situaciones en las cuales los derechos de las personas son vulnerados, dificultando el acceso, no solo a la atención en salud, sino a otras problemáticas, cómo lo pueden ser de índole económico.

Desde la investigación se desprende que lo mismo implica una barrera a la salud sexual integral, debido a que las problemáticas económicas están atravesadas por los determinantes sociales de la salud (género, clase, edad, entre otras). Por último, cabe una reflexión en torno a la pandemia, ya que muchas de las atenciones se implementaron de forma virtual. Da lugar a preguntar, si la población con la que se trabaja, cuenta con los recursos económicos para adquirir este tipo de tecnología, sea tanto los dispositivos cómo la conectividad.

3.4 Accesibilidad tecnológica/digital

Una noción que emerge como una dimensión más dentro de las barreras de la accesibilidad, es lo que se denomina accesibilidad tecnológica-digital. Esto está relacionado no sólo al acceso de aparatos tecnológicos sino también a la capacidad del uso de los mismos, tanto por parte de los E.S. como de la población en general. La pandemia generó una acelerada implementación de la tecnología a la hora de las intervenciones. En las entrevistas, constantemente se observa la tensión entre la implementación o no de las tecnologías en lo denominado “virtualidad” por las profesionales.

En ese sentido, tomando la idea de Ierullo (2020), es que pensamos a la accesibilidad digital cómo generadora de una posible barrera:

“(…) como una dimensión institucional, en tanto corresponde analizar en qué medida las instituciones que demandan la aplicación de este tipo de técnicas proveen a sus empleados los medios tecnológicos y la orientación necesaria para su uso, actuando como un facilitador para la atención de la población o bien se asume como ha pasado en la mayoría de los casos durante la pandemia- como una cuestión a ser resuelta por el profesional” (Ierullo, 2020, p.36).

En el centro a, la trabajadora social manifestó la dificultad sobre la disponibilidad de recursos para realizar intervenciones que impliquen la virtualidad o lo digital como facilitador en la atención. En relación a la primera etapa de la pandemia, esta profesional narró que al ser un centro de derivaciones y atención sólo de caso de urgencias, el resto de problemáticas simplemente no eran atendidas, siendo una situación bastante compleja.

“Hoy por hoy, te digo que no... tenemos la atención igual que el 2019, y la verdad que no hay mucho recurso como para tener otra modalidad que no sea la presencial (...) pasamos directamente a la presencialidad, porque ya te digo que no hay muchos recursos cómo para tener otra modalidad. Tal vez sí entre efectores, tuvimos una modalidad virtual, por ahí para articular con otros actores hacemos una videollamada, o algo así virtual” (L, Centro A, Trabajadora Social).

Por un lado, se observa que la modalidad virtual se utilizó para articular entre lxs profesionales y con otros efectores de salud, pero no de forma general con la población. En función de la población, la trabajadora social también manifestó las complicaciones por parte de la población de no contar con los medios suficientes para pensar estrategias que impliquen la atención digital como se mencionó en el apartado de accesibilidad económica. Como se desarrolló anteriormente, esto se liga con la configuración de la estructura social del país, en donde gran parte de la población no cuenta con los recursos suficientes, manifestado así;

“sí, familias con las que intervenimos que quizás tienen un solo dispositivo para toda la familia, para la escuela, para esto, para lo otro. No sé si había disponibilidad para conectarse con la sala. Pero bueno, tampoco en la sala hubo una propuesta virtual” (L, Centro A, Trabajadora Social).

Si bien la población no contaba con los medios, surge aquí también la reflexión de pensar herramientas que faciliten el acceso a estrategias digitales que viabilicen otras formas de atención y de abordaje a las problemáticas de salud. Al momento de pensar en la accesibilidad tecnológico-digital, se busca des responsabilizar a la población de la obligación de contar con estos dispositivos, y empezar a pensar en términos de derechos en función de estos. En lo que se refiere a la valorización de la atención virtual como una estrategia posible frente a las dificultades que conllevó el A.S.P.O. y la aplicación de los protocolos, la ginecóloga destaca la posibilidad de hacerlo;

“Me hubiera gustado atender virtualmente, pero no prosperó. Yo decía, por supuesto que no iba a poder hacer ni un Papanicolaou ni nada, pero hay un montón de cosas que sí. Ni, aunque vaya cada quince días, porque esto fue variando de acuerdo a los momentos de la pandemia. Hubo un momento que hubo una restricción el año pasado que no salía nadie. Entonces tampoco llegaba gente al centro de salud. Era como muy extremo entonces en ese momento las recetas las firmaba yo” (AS, Centro A, Ginecóloga).

Según el E.S las únicas profesiones que lograron hacer atención virtual desde la casa fueron la psicopedagoga y las psicólogas.

En el centro b, se nota una presencia mucho más importante de la atención e intervención mediante la virtualidad o la tecnología. Por ejemplo, lo que fueron las caminatas que realizaban previo a la pandemia, las cuales se mantuvieron de forma virtual mediante la plataforma Zoom, haciendo “videollamadas saludables”;

“Las caminatas que se siguieron haciendo virtual, tipo taller de hábitos saludables y también fueron realizadas por una profe de educación física dependiente educación o desarrollo por Zoom también. Y acá por Zoom las compañeras, clases desde la casa, para moverse un poco” (MH, Centro B, Administrativa).

Aquí se observa que esta actividad que es troncal para el centro de salud por lo que manifiestan las entrevistadas no solo se mantuvo, sino que también se logró articular con una profesora de educación física para repensar la misma en función de las herramientas disponibles;

“Virtual tuvimos a una médica generalista que pidió licencia. Así que, desde su casa, se conecta virtual acá. Natalia hacía el nexo de conectar la computadora y la gente venía acá y se conectaba” (MH, Centro B, Administrativa).

Cómo se observa en el fragmento anterior, las especialidades que transformaron su atención fueron la médica generalista, la psiquiatra y la estimuladora temprana, quienes habían pedido licencia por tener enfermedad de riesgo. Se destaca que el C.A.P.S ponía a disposición el recurso para conectarse virtualmente desde y que la población pueda acercarse para atenderse desde allí. Así, las profesionales de licencias por enfermedades, conectadas desde su casa, atendieron a la población que se acercaba al centro y se conectaba.

Observaciones

Al igual que se observa en el análisis de los centros, lo digital y lo tecnológico, puede funcionar como una barrera y como un facilitador. Esta doble dimensión de lo tecnológico complejiza el trabajo. La pandemia obligó de forma disruptiva y novedosa, a poner sobre la mesa el uso y la implementación de la tecnología, cómo dispositivo de intervención, tanto en salud, cómo en otros campos. “En los contextos institucionales relacionados con la intervención social, la incorporación de las nuevas tecnologías y su desarrollo es aún escaso debido a varios factores como la carencia de medios económicos, técnicos y formativos principalmente” (García, 2015, p.2). Es imprescindible a la hora de analizar esto, contemplar la noción de determinantes sociales que llevan a complejizar y entender la dificultad tanto institucional cómo territorial de su implementación.

Recapitulando lo expuesto, se puede analizar la complejidad en donde está inserta la relación entre el E.S y la población. Son múltiples e inacabadas las barreras que dificultan la accesibilidad de la población al sistema de salud. En este sentido, no solo los imaginarios y las representaciones sociales influyen en el encuentro vincular de la población y de los equipos de salud. Por el contrario, este vínculo está mediado por determinantes de todo tipo, estructurales, organizativos, económicos, contextuales, entre otros. Este carácter mediador de los determinantes configura de forma subjetiva cada vínculo. Cómo se observó, se evidencia una notoria diferencia entre cómo es el vínculo entre el centro a y el centro b.

Una barrera novedosa que trajo el advenimiento de la pandemia, tiene que ver con los instrumentos digitales y tecnológicos de las nuevas comunicaciones, es importante seguir profundizando sobre esta novedad, ya que, de no hacerlo, la tecnología podría volverse una barrera antes que un facilitador, cómo pudimos observar en el análisis del apartado. En este sentido, con la irrupción de la pandemia, la accesibilidad y la conectividad con estos equipos tendría que ser un asunto estatal, ya que el costo es inequitativo para toda la población.

También de este capítulo se puede inferir, la importancia de la organización y la disponibilidad del tiempo, tanto para que los equipos puedan trabajar interdisciplinariamente como así también pensar nuevas estrategias que busquen lograr nuevos escenarios, posibles.

El trabajo pensado y situado, queda reducido a la alta afluencia de la población en el centro de salud, y a las exigencias por las estadísticas. Un hallazgo importante respecto de este capítulo, está referido a la falta de espacios para los varones, que se enuncian desde los centros.

Cabe destacar también, que no solamente no hay espacios en los centros de salud, tampoco hay una contrapropuesta por parte de los E.S. La salud sexual desde el trabajo de los equipos de atención primaria está reducida a lo biológico, siendo la ginecóloga la profesional que más trabaja al respecto.

Por último, cabe mencionar cómo los imaginarios se pueden traducir en escenarios materiales de existencia. En lo que respecta a los hospitales y a la necesidad de articular con ellos, las distancias simbólicas y la desvalorización de los centros de atención primaria, se traducen en barreras concretas de articulación, que, al fin y al cabo, terminan perjudicando a la población.

Capítulo 4: La accesibilidad psico-socio-cultural ¿Cómo se constituye el vínculo entre los equipos de salud y la población adolescente?

En este capítulo se analiza una de las dimensiones de la accesibilidad desde una mirada relacional. Es decir, la construcción del vínculo entre los equipos de salud y la población adolescente que se atiende en los centros de salud de atención primaria.

Para ello, en una primera instancia, se describe qué se entiende sobre accesibilidad cultural y cómo se amplía su conceptualización hacia lo psico-social- cultural. Luego, se explicita la importancia del vínculo del equipo con la población dentro de esta accesibilidad.

Para comprender mejor el vínculo entre los E.S y la población adolescente, el análisis se divide en cinco apartados. Los mismos se eligen a fines operativos, a partir del discurso de las entrevistadas. Primero se toma la participación adolescente, y su definición por los equipos de salud. De este se deducen tres categorías:

- Adherencia o no a los tratamientos.
- Desencuentros entre lxs adolescentes y los E.S.
- Consulta/ llegada al centro.

El segundo, es la comunicación para la cual se analiza la dinámica de la misma entre lxs trabajadorxs del centro y lxs adolescentes y las dificultades, o no, de ésta. El tercero, es la modalidad de atención e intervención de los equipos con lxs adolescentes. El cuarto es el imaginario adolescente por parte de los miembrxs del E.S. Como quinto y último se consideran las representaciones sociales sobre la A.P.S. que subyacen en los equipos, a fin de conocer en base a su imaginario, cómo trabajan con ella.

4.1 La accesibilidad ¿Cultural, simbólica o psico-socio-cultural?

Como se definió anteriormente, la accesibilidad se piensa a partir de los aportes teóricos de Comes (2007) quien la concibe como el encuentro y desencuentro que se construye entre la población y lxs profesionales de los equipos de salud. Debido al entramado de simbolismos y representaciones que se gestan en esa dinámica vincular.

Para comprender cómo se construye ese vínculo se analizan los relatos de las trabajadoras de los centros. Este se basa en un proceso socio-histórico situado en la biografía de cada lugar, tomando su particularidad en cada uno de las instituciones y de los barrios en las que ésta se inserta.

Landini (2014) realiza un recorrido sobre cómo se reconfiguró la mirada sobre la accesibilidad cultural. Esta permitió pasar de concebir la accesibilidad meramente como la entrada al sistema de salud, sino también como proceso. Según el autor, desde una mirada crítica a esta, en un principio la misma se enfocó solamente en las creencias culturales de la población y de los profesionales. Según Sánchez la define como:

“Las cuestiones culturales, son las creencias respecto a la salud, las costumbres y la visión que tienen respecto a la enfermedad y la muerte, lo que da la pauta para la toma de decisiones ante una eventualidad o una enfermedad” (2015, p.87).

Esto quiere decir que las barreras en el acceso estaban relacionadas a las creencias culturales de las personas. Continuando el recorrido Landini recupera la propuesta de Stolkiner que problematiza el concepto de la accesibilidad cultural y lo amplía como accesibilidad simbólica, donde ya “no sólo pueden existir barreras relacionadas con diferencias en los mundos culturales de beneficiarios y profesionales, sino también referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren a diferentes culturas” (Stolkiner citado en Landini, 2014, p.234).

Landini, tomando los conceptos de accesibilidad cultural y simbólica, resignificadolos, aludiendo a una nueva accesibilidad denominada psico-socio-cultural. Esta va a ser definida como:

“(…) tanto a las representaciones y creencias de los beneficiarios, como a los marcos de sentido contruidos por los profesionales y por los servicios de salud, sin asumir que el problema son las creencias o la cultura de los beneficiarios, sino las dificultades para la articulación entre sus creencias y cultura y las estructuras de sentido en la que se basan los servicios de salud y sus profesionales” (Landini, 2014, p.236).

Se adhiere a está conceptualización, que busca la necesidad de articular, relacionar y vincular esas creencias de forma más integral y menos disruptiva. En este sentido los factores psico-socio-culturales, cómo explica Landini (2014), pueden funcionar en formas de barreras o de facilitadores al momento de constituir el vínculo entre la población y los efectores de salud. Para comprender mejor el vínculo, se utiliza el concepto de “relación equipo de salud-población”. En ese sentido, supera la mirada que define al vínculo cómo “médico-paciente” siendo este un reduccionismo producto del M.M.H.

Para poder profundizar el vínculo se vuelve necesario desindividualizar a éste y correrlo de las profesiones médicas. El nombrar el vínculo cómo forma ampliada, implica responsabilizar a todxs lxs actores en el proceso de su construcción, siendo cada trabajadorx importante en dicho proceso. Según Debora Schneidermann (2012), toma los aportes de Ferrara (1985)

proponiendo que: “los componentes de esta dimensión pueden circunscribirse al análisis de la relación médico – paciente y yo ampliará: Equipo de salud – paciente, es decir, todo el personal de salud en el encuentro con la persona que busca atención” (Ferrara citado en Schneidermann, 2012, p.4).

En este sentido, según Comes (2006) para poder concebir a la accesibilidad de forma ampliada, es necesario pensar a la misma en relación a la dignidad en la atención. Para esto plantea la necesidad de considerar las representaciones sociales tanto de los discursos de los servicios, cómo también de lxs propixs sujetxs. A la vez es importante tener en cuenta la dimensión material, esta implica las condiciones objetivas de existencia, las formas en la que viven, su biografía de vida, en la que ambxs están insertxs en relación a la utilización de los servicios. Clemente (2014) acerca de la accesibilidad, agrega la idea de utilizar el concepto de proceso y el de escenario para comprender cómo en ambos se configura el vínculo entre instituciones y destinatarios. Bajo esta consideración, analizar la accesibilidad cómo procesos y escenarios, implican:

“El proceso indica algún tipo de secuencia, un trayecto que se da en la interacción que se produce entre los sujetos y las instituciones que prestan un servicio reconocido socialmente. El escenario refiere a las condiciones (físicas, económicas, normativas) en las que se produce la interacción y se determinan las condiciones en que se dan la relación entre el sujeto, la institución y sus servicios.” (Clemente; 2014, p.25)

Relacionado estos conceptos de Clemente, sumamos los aportes de Landini, quien “se propone abordar a partir del concepto de interfaz social, en tanto espacio de actualización de discontinuidades sociales, en el que se encuentran actores que poseen diferentes racionalidades culturales” (Landini 2014, p.232). Recapitulando, concebir nuevas formas que habiliten comprender el complejo entramado que conlleva la construcción del vínculo entre equipos de salud-población, implica tener en cuenta diversas dimensiones cómo son, la social, la psicológica y la cultural. La construcción de ese vínculo no se da en escenarios homogéneos, sino por lo contrario diversos y heterogéneos.

Para analizar los mimos se considera el concepto de habitus de Bourdieu y Wacquant como: “estructura estructurante o estructurada, introduce en las prácticas y pensamientos los esquemas prácticos derivados de la incorporación, por el proceso histórico de la socialización, de estructuras sociales resultantes del trabajo histórico de las generaciones sucesivas” (Bourdieu y Wacquant, 1995, p.95). Esto permite entender al vínculo dentro de un espacio en disputa, donde distintos actores luchan por la apropiación de un capital, principalmente simbólico. Comprender ese vínculo, implica necesariamente una reflexión sobre cómo esos

procesos se producen de forma singularizada en cada territorio, en cada efector y con cada población.

4.2 Participación adolescente en los centros de salud

La accesibilidad psico-socio-cultural necesariamente concibe a la participación como una de las dimensiones fundamentales a la hora de pensar las barreras o dificultades que emergen de ella. Se concibe la participación como un acto de apropiación de lxs sujetxs que buscan lograr mayores grados de autonomía y democracia. Está es fundamental dentro de los principios troncales de la Atención Primaria de Salud, siendo rescatada en la conferencia de Alma-Ata: “el pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud” (Alma-Ata, 1978, p. 1)

Sin caer en reduccionismos, es importante la participación individual y colectiva en la planificación de la salud tanto como la importancia de la presencia estatal, responsable de que se efectivicen los derechos a la salud integral. Visto así, implica para quienes acceden a los servicios de salud:

“el aprendizaje de una manera distinta de relación con las instituciones sanitarias y asumir tanto derechos como responsabilidades nuevas. En consecuencia, si el objetivo de la política social es la participación ciudadana en cuestiones de salud, el estado deberá poner en marcha acciones de fortalecimiento de las capacidades de los usuarios reales de los servicios y encontrar la manera de incluir a los usuarios potenciales con miras a la construcción progresiva de ciudadanía” (Grippio, 2008, p.2).

Confluye así la necesidad de pensar a la participación en su doble matriz, la responsabilidad cómo sujetxs, de ser partícipes del propio proceso de salud-enfermedad-cuidado, como así también la importancia del rol estatal como garante de esos derechos. Respecto a la participación adolescente y el rol del estado en esta, se aboga pensar en personas autónomas y reflexivas, que luchen por sus derechos. A la vez, vinculado con las instituciones que busquen “la construcción de espacios democráticos a partir de su participación como ciudadano” (Reyes-Juárez, 2020, p.2).

Según Testa (1985), la participación puede ser pensada de dos maneras. Por un lado, mediante las necesidades sentidas por la población, que busca mediante la acción grupal superar los problemas de lo individual. Por el otro, como propuesta de alguna autoridad, que busca resolver alguna problemática. Esta última, está escindida de lo real según el autor.

Desde la A.P.S la participación implica la construcción de una ciudadanía que ponga en el centro a los derechos humanos, tomando a las personas como sujetos de derechos y a la salud como un bien público, siendo el carácter político una dimensión fundamental de la misma.

En los centros de salud donde se llevó a cabo la investigación, se analizó cómo se inscriben los procesos de participación adolescente. A partir de esto, para poder organizar el discurso de las profesionales sobre cómo participan o usan el centro lxs adolescentes, se desprenden tres indicadores las formas de participación/uso del centro: adherencia o no a los tratamientos; desencuentros entre lxs adolescentes y los E.S uso y formas de concurrencia de lxs adolescentes en el centro de salud.

4.2.1 La adherencia ¿a qué? ¿Cumplimiento terapéutico o participación adherente?

Según algunas conceptualizaciones la adherencia es una de las características más importantes donde se puede observar cómo es el seguimiento de la población que se acerca al centro de salud. Puede ser pensada como el grado de cumplimiento/seguimiento/constancia de la población sobre su proceso de salud y a la vez, las recomendaciones para lograr esto por parte de lxs profesionales. Para ampliar la mirada de la misma y no reducirla a una mirada paternalista, se vuelve necesario ampliar su conceptualización sin responsabilizar exclusivamente a las personas del cumplimiento de los lineamientos propuestos por lxs profesionales. Definida así, la adherencia ampliada implica:

“Las personas no son responsables exclusivas de construir estrategias y aplicar pautas que permitan completar el tratamiento y curarse, sino que el adherir responde a la construcción de un proceso en el que están involucrados el sujeto y el equipo tratante, en relación con el grado de acceso al sistema de salud” (Domínguez, 2012, p.2).

Según los aportes de Nieto y Pelayo. (2009), existen tres momentos en el proceso de adherencia. El primer momento implica el contacto entre quien se atiende y lxs profesionalxs. El segundo, exigir mantener el compromiso con “el reto iniciado”. Tanto para quien atiende como para la población (en el cumplimiento de los tratamientos). Por último, en base al reto, lograr los cambios y transformaciones esperados. Desde esta perspectiva, la adherencia es crucial para lograr procesos de mejora en la calidad de vida de la población.

Pero cabe reflexionar acerca de los trasfondos de por qué se dificulta llevarla adelante. Según estxs autorxs habría que diferenciar entre la noción de cumplimiento terapéutico y la noción de la adherencia. El cumplimiento terapéutico es solamente un mero descriptor de la

adherencia. Esta última implica una mirada más integral de ese encuentro que contempla múltiples dimensiones que abogan a la construcción del vínculo entre lxs sujetxs y el E.S. En conclusión, la adherencia no puede reducirse a la idea de si se cumplen o no se cumplen los tratamientos, según Nieto, L. y Pelayo, R.:

“la adherencia debe ser considerada como una conducta compleja que involucra comportamientos del terapeuta y del paciente y de la combinación de una serie de aspectos relacionales que conllevan a la participación activa y a la comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento para lograr el resultado esperado”. (Nieto, L. y Pelayo, R, 2009, p.71).

Para cerrar la idea, se sitúa a la adherencia ampliada dentro de la accesibilidad psico-socio-cultural cómo un factor a tener en cuenta en la construcción del vínculo entre los equipos de salud y la población adolescente.

Centro a)

Al continuar con esta mirada relacional, es interesante observar cómo el centro piensa la adherencia en relación al vínculo que se tenga con lxs adolescentes.

“Creo que la adherencia tiene que ver con tratar de explicarles lo mejor posible a las pacientes. Si la gente tiene información, comprende que tiene que seguir con el anticonceptivo. Hacerles saber que si tienen algún problema se pueden acercar y sobre todo el trato, el feedback es fundamental. Hay excelentes colegas, pero a veces falta la empatía, son personas que se deberían ocupar de hacer más anatomía patológica, que trabajen con el microscopio o no sé” (AS. C.A.P.S. B, Ginecóloga).

En este fragmento se destaca el **“feedback”** con lxs adolescentes cómo algo central para que lxs mismxs vuelvan a atenderse. Además, destaca que es fundamental la claridad al transmitir la información para no generar barreras con le otrx. Sobresale la importancia del buen trato, cómo facilitador en la llegada y permanencia de lxs adolescentes en el centro, siendo esta una dimensión poco contemplada por la política pública. Siguiendo a Domínguez: “El establecimiento de la relación equipo-paciente debe partir de la consideración de la diferente información que cada uno maneja. El equipo tratante debe ser respetuoso y conocer las representaciones y formas de nombrar y definir la enfermedad” (Domínguez 2012, p.5).

En este sentido, la profesional también enfatiza que, cuando no existe la empatía y hay actitudes **“mala onda”** por parte de lxs equipos tratantes hacia la población, esta se traduce en barreras en el acceso y construcción del vínculo.

“Si se corre la bola de que hay un médico que es medio caracúllico o que es medio mala onda, o que no se sintieron cómodos, eso se sabe a la larga los pacientes saben y no van y tiene un impacto negativo lamentablemente” (AS, Centro A, Ginecóloga).

Carballeda (2018) entiende que la accesibilidad, desde esta mirada, se da cómo una vía de entrada para repensar las políticas sociales y las políticas de salud. Es decir, como un lazo social entre el sistema de salud o de acción social y los usuarios de ésta. De este modo, puede ser entendida como una relación cargada de significados que relaciona a las políticas, a las instituciones y a la sociedad. Es importante no perder de vista las dimensiones subjetivas que hacen a la construcción de ese lazo social que se constituye subjetivamente en el encuentro entre los profesionales y la población.

Centro b)

Respecto a la adherencia de lxs adolescentes del centro “b”, la administrativa menciona que esta depende del profesional que se lxs atiende. Aquí también cobra significado la importancia del vínculo en función de pensar dicho proceso.

“Adherencia al control y a la ginecóloga, pero no sé si a la anticoncepción. Porque a veces vienen y la cambian ocho veces en un año. No sé si tienen adherencia a los tratamientos o la anticoncepción, pero a la gineco sí. Adherencia de no querer ir a otra, aunque sea algo urgente, y vos decís bueno anda a cualquiera que te atienda hoy. Hay casos puntuales que no terminan el tratamiento, o cuando ves el tratamiento no vienen, tienen que ir a sacarte sangre, no van. Se les sacó turno de acá e igual no van. La gente tiene mucha adherencia al centro. Cuando tienen que ir a otro centro porque no hay disponibilidad acuno te aceptan, te dicen “No, es mi gineco, y preguntan ¿y mi gineco? Quieren atenderse con su profesional. Cuando se fue la otra gineco del centro, han llorado” (MH, C.A.P.S. B, Administrativa).

En este sentido, las personas que concurren al centro ya generaron un vínculo con dicha profesional y por lo tanto no quieren ir a otro. Se destaca la importancia de generar un vínculo de confianza entre lxs profesionales y lxs adolescentes que se atienden con estxs. Es interesante ver cómo en las entrevistas se hace eje en la importancia del vínculo entre ambos. En el fragmento anterior, *“No, es mi gineco, y preguntan ¿y mi gineco?”* se condensa las definiciones teóricas anteriormente expuestas en este apartado. La importancia del vínculo es tal, que incluso en situaciones de urgencia, las adolescentes prefieren esperar a ser atendidas por la profesional de confianza. Así cobra dimensión pensar los procesos en los que se suscribe la adherencia, cómo una relación social que se construye entre ambxs. En ese sentido Menéndez (2005) aporta una reflexión sobre la relevancia que se le da al vínculo afectivo a la hora de pensar los procesos de accesibilidad.

“La praxis contemporánea del equipo de salud evidencia a nivel mundial, una catastrófica tendencia a subvalorar el alto significado médico social y humano de los profundos vínculos

afectivos que se establecen entre quienes ofrecen ayuda en materia de salud y quienes la demandan, inferencialmente presentes desde los albores de la humanidad” (Menéndez, 2005, p.55).

Se destaca la mirada de ambos equipos en valorar lo afectivo cómo forma vinculante, que potencia otras formas de generar acceso y permanencia en los centros de salud. A partir del análisis de los resultados obtenidos en la investigación se considera que lo afectivo tiene una importancia mayor en lo que respecta a la población adolescente, en un contexto en el cual los equipos de salud manifiestan poca llegada de esta a sus centros.

De todas formas, es interesante no perder de vista que la relación entre E.S y población es pensada desde su carácter histórico y singular, siendo ambos, productores y producto de la historia social. Ferrara (1985) define a dicha relación cómo asimétrica y conflictiva, debido a las representaciones sociales que se tiene sobre el otro y al imaginario que se gesta en el acto del encuentro. Por consiguiente, es fundamental tener presente dicha asimetría para no pasar de un proceso asimétrico a un proceso jerárquico, en el cual el profesional se centre en el lugar de poder y ponga al otrx en un lugar de inferioridad. Esto llevaría necesariamente a rupturas en el vínculo.

En este otro fragmento de la entrevista con la ginecóloga respecto a la adherencia, manifiesta que la misma es hacia las urgencias y/o tratamientos específicos de enfermedades o lesiones. A la hora de lograr procesos de prevención y promoción mediante controles anuales encuentra dificultades en la concurrencia de lxs adolescentes a la consulta.

“Las verrugas por HPV que tienen un tratamiento donde se queman y las citas semanalmente. La mayor parte tiene adherencia. Porque saben que de eso depende que se vaya la lesión. Y eso puede ser un tema de estigmatización al momento de la relación sexual. Que no quieren que le vean la lesión y por eso se la tratan. No terminamos de entender el trasfondo, pero suelen venir. Los tratamientos de sífilis que son generalmente dosis semanales, suelen venir. Pero una vez que se resolvió eso, si vos las citas al mes, no te vuelven. Tienen adherencia al control, en el agudo. Cuando vos las citas, le haces un control a largo plazo como control para la recurrencia, ya ahí no vuelven” (CC, Centros B, Ginecóloga).

La adherencia a las urgencias y tratamientos, lo es solo dentro del primer nivel de atención y queda abierta la pregunta en torno a cómo es la adherencia a los tratamientos más complejos que deban ser derivados al segundo nivel, donde aparentemente no poseen vínculos con los profesionales de esos efectores.

En el siguiente párrafo comentaba la importancia de ir a buscar a aquellxs adolescentes que no se acercan al centro;

“Tenemos que encontrar la manera de acercar las pacientes al centro de salud. La que ya está viniendo, ya está viniendo y por lo menos ya sabe que tiene el recurso. Después está en cada uno poder utilizarlo de la mejor manera. Si no vuelven es un tema de ellos. Acá hay un montón de disponibilidad de métodos anticonceptivos. Queda en la paciente de venir a buscarlos, utilizarlos de la manera que uno les explica, en forma adecuada. Pero habría que buscar la manera de seguir captando pacientes” (CC, C.A.P.S. B, Ginecóloga).

Aquí se reproduce la representación social en la cual la persona que se acerca al centro ya sabe que tiene el recurso y por lo tanto queda en cada uno utilizarlo. En el relato de la ginecóloga se lee que los sentidos sobre la accesibilidad refieren únicamente a su dimensión cultural. Es decir, considera que una vez que lxs adolescentes usan el centro de salud, ya depende de ellxs, poder volver al mismo. Aquí aparece una reflexión en torno al uso del centro de salud, ¿la mera presencia y utilización del mismo, implica realmente una atención integral de las personas? ¿qué motivxs llevan a no continuar con los tratamientos? De esta forma se vuelve necesario pensar en términos de la adherencia ampliada, pero ya no en función de los tratamientos, sino mejor aún, adherencia a la participación, por más redundante que parezca. Se trata de contemplar las formas en las que el vínculo se reproduce, conociendo en qué lugares se conflictúa, y los motivos en los cuales se rompe. Sin responsabilizar a una parte ni a la otra, sino por el contrario, entendiendo conjuntamente como una relación dialéctica.

De igual manera se destaca la importancia de buscar al resto de adolescentes que no se acercan al centro. Esta pregunta es importante para reflexionar qué pasa con aquellxs adolescentes que no se atienden en el centro, al igual que en el apartado de varones. Según se había visto en Grippo (2008) que, si el objetivo de la política social es la participación ciudadana, se trata también de encontrar la manera de incluir a los usuarios potenciales. Y preguntarse; ¿Qué otras problemáticas tienen? ¿Por qué no se acercan? ¿Qué políticas se pueden implementar para facilitar dicho acceso?

Observaciones

En el centro a, “lo afectivo” emerge cómo un facilitador al pensar la adherencia de lxs adolescentes. Igualmente se puede observar en el centro b, la importancia del vínculo entre lxs adolescentes y su profesional de confianza. Según las reflexiones de Arias “no hay acceso sin hospitalidad (...) es a partir de la organización de los vínculos, los saberes, los recursos simbólicos y materiales desde donde se podrían ensayan accesibilidades que permitan que los

encuentros sean efectivos y afectivos” (Arias, 2019, p.8). Respecto a esto, según lo recabado en el trabajo de campo, cabe señalar que la pandemia género barreras en la constitución de ese vínculo, ya que lo afectivo se vio limitado respecto a la implementación de los protocolos, el distanciamiento, las protecciones personales, entre otras cosas manifestadas por los E.S. Por último, cabe rescatar, las miradas que re-piensen la adherencia, tanto en términos de uso, cómo de participación de lxs adolescentes en el centro En este sentido, es interesante ampliar la idea que surge como participación adherente. Implica pensar el sobre que, el para qué, y de qué forma la gente se apropia de los centros de salud.

4.2.2 Desencuentros entre lxs adolescentes y los equipos de salud durante la pandemia de 2020

Del análisis de las entrevistas surge que en el vínculo con la población hay situaciones de desencuentro, es decir, una ruptura en la interfaz y en el diálogo, entre quienes demandan atención y quienes la ejercen (Landini, 2014). Estas situaciones de desencuentro están relacionadas con la coyuntura del país, con el desfinanciamiento del sistema de salud (la precarización laboral del personal de salud, el subempleo de este y la falta de recursos). Y a la vez, con la situación de desempleo, pobreza y exclusión (I.C.O., 2020). Esto repercute en el vínculo equipo-población generando tensiones en él. La falta de disponibilidad de turnos, según manifiestan los equipos, llevan a situaciones de impaciencia e intolerancia en la población y, a veces, se traduce en situaciones de agresividad hacia los equipos de salud.

Cabe la pregunta si esta agresividad se trata de una respuesta por parte de la población a la ausencia del estado, (¿violencia institucional?) que implica la no garantía de su derecho de atención. Según manifestaron las entrevistadas, esto se vio acentuado aún más durante la pandemia, ya que la crisis a nivel Nacional se profundizó y como ya se mencionó, en todos los niveles se focalizó la atención al COVID-19 dejando de lado otras problemáticas.

Como se señaló, el centro a, durante la primera parte de la pandemia de 2020, funcionó cómo centro de recepción y derivación de casos por decisión del equipo en relación a la situación sanitaria. La atención se enfocó solo en casos graves, urgentes y algunas pocas especialidades;

“Decí que por suerte las que estuvimos trabajando ninguna se lo agarró. Pero bueno, teníamos miedo obviamente. La gente se enojaba porque les poníamos restricciones para entrar. Por qué le decíamos que se tenían que poner alcohol, tomar la temperatura. Al principio lo cumplimos al pie de la letra ya después estábamos cansados todos obviamente. Y fue mucho el cansancio porque el ir todos los días ya era un estrés” (C, Centro A, Administrativa).

Podemos observar que, el estrés que tuvieron que atravesar lxs trabajadorxs de salud durante la pandemia, impactó en la forma de relacionarse con la población. Los cambios que trajo el COVID-19, cómo la necesidad de aplicar los protocolos, la falta de personal por licencias o nuevas tareas, la consiguiente demora en los turnos y las complicaciones en la atención habitual, hicieron que el vínculo con la población se tensara.

Según lxs entrevistadxs la población adoptó una actitud poco tolerante frente a la situación que les tocó atravesar. En el siguiente fragmento la administrativa del centro manifestó:

“La gente estaba muy impaciente. Y la agresividad de la gente fue importante. Por cualquier cosa te contestan mal, te insultan y ayer una mujer decía “ah porque ustedes en la pandemia, se rascaron”. Vos no podés ponerte a discutir con ellos. Ya el hecho de que le digas “No está el clínico hoy” “no tenemos médico permanente”. Ellos se enojan y te dicen “eh, pero acá no hay nada” y ya te empiezan a insultar” (C, Centro A, Administrativa).

En relación a la violencia institucional y al repensar la acción política estatal, se evidencian las dificultades que tuvieron que atravesar los trabajadores de la salud debido a la poca claridad en la aplicación de los protocolos por parte de la gestión municipal, las dificultades en la distribución de los insumos para el cuidado del personal y las contradicciones en los lineamientos de trabajo. En relación a esto, la Administrativa narró:

“Cuando fue el tema de vacunación el Municipio dio información que después no se cumplió. Porque les decían que fueran a vacunarse y le ponían un rango de edades que no correspondía. Entonces la gente está perdida. Ahora con la vacuna de Covid, salió una nota que en todas las salitas del municipio se vacunaba del Covid. Entonces toda la gente decía; “pero cómo si yo leí en internet”. ¿Y cómo le haces entender? No porque eso es de Provincia y nosotros como Municipio no vacunamos, “pero yo leí lo que decía en la salita”. Y eso te lleva a una discusión porque te terminan insultando por no tener la vacuna” (C, Centro A, Administrativa).

Cabe aclarar que, quién registró mayor agresividad es la administrativa del centro A debido a su rol en la entrada de la sala. Fue ella quién recepcionó la demanda de toda la población.

4.2.3 Uso y formas de concurrencia de lxs adolescentes en el centro de salud

La llegada de las juventudes a los centros de salud se da sobre todo en la adolescencia y a través de la compañía de algún referente, ya sea un familiar, tutxr o amigx. En lo que respecta a la legislación que ampara la atención de lxs niñxs, adolescentes y jovenxs con la creación del nuevo Código Civil se adopta la categoría de autonomía relativa que le da la potestad a los mismos de tener mayores grados de libertad y acción.

En este sentido es importante destacar que no es necesaria la presencia obligatoria de un adulto en las consultas, como sí lo era antiguamente para ser atendido. Actualmente desde los 13 años, no es obligatorio. Se trata de la posibilidad de generar un vínculo entre el personal de salud y lx adolescente construido a partir de la confidencialidad y la confianza como derechos. Para que éste impacte positivamente en su deseo de concurrencia al Centro y en la apropiación activa de su propio proceso de salud. La concurrencia de los adolescentes se da de igual manera en ambos centros;

“Las más chiquitas van acompañadas, las más pequeñas te digo de doce, trece, catorce. Después más grandes, dieciséis, si es la primera vez, a lo mejor viene también con su mamá, pero después ya vienen solas. Y en el caso de los pacientes del colectivo LGBT, sí vienen soles. Hay como de todo, pero te diría que la mayoría de lxs adolescentes menores vienen con algún familiar acompañante y si tienen la edad correspondiente, ya después arrancan y vienen solos” (AS, Centro A, Ginecóloga)

Según las entrevistadas, la llegada de lxs adolescentes al mismo, al igual que el centro A, se da con compañía de familiares. Y también de otros referentes cómo pueden ser sus pares, amigxs o parejxs:

“La población adolescente, vienen solos o vienen con la madre que los trae de los pelos y pocos hombres. Algunas vienen con la amiga, con pareja, eso hay bastante, con amigas capaz tenes a la amiga que habla también. De, por ejemplo, la pastilla del día después. Y les decís es para vos o para ella. Y los pibes también, que te llaman, obviamente eso también cómo valorable que acompañen a la piba” (MH, Centro B, Administrativa)

En lo que respecta a la dinámica familiar, la inserción de los centros en la dinámica barrial, permite que el equipo trabaje con la familia también, cómo podemos ver en el siguiente fragmento:

“Y la que viene porque ya viene la familia. Que por ahí la traen para que empiece a usar un método antes de tener relaciones sexuales. Eso es bastante común. Viene por ahí la abuela que está bastante preocupada o algún familiar y empezamos con anticoncepción” (CC, Centro B, Ginecóloga).

Se destaca en ambos centros, cómo mencionamos en el apartado de varones, la falta de presencia de lxs mismxs. Estxs solo llegan por cuestiones relacionadas a los aptos físicos y son mínimas las consultas referidas a la salud sexual.

Es posible establecer una relación con las representaciones sociales acerca de la masculinidad hegemónica como así también, la estructura del sistema de salud en tanto promueve o no, el acceso orientado hacia las masculinidades. Es decir, se interroga sobre ¿qué

estrategias se pueden utilizar para que transformen su posición de acompañante? ¿Se pueden aprovechar las instancias de llegada de lxs adolescentes para trabajar sobre su salud sexual? ¿Qué propuestas para generar participación adolescente se piensan en la gestión no solo de los centros sino a nivel municipal o provincial? ¿Se piensan?

4.3 La comunicación interpersonal entre lxs adolescentes y el equipo de salud

Se considera, para continuar el análisis sobre la accesibilidad, la comunicación en relación al vínculo entre sujetxs y equipo de salud. En el proceso comunicativo es posible que surjan barreras o facilitadores, ya que muchas veces mediante el lenguaje (verbal o no verbal), las explicaciones, los procedimientos y las preguntas, el proceso suele verse afectado durante o luego del encuentro. Tomando la propuesta de Gonzalez-Gartland:

“Una situación de comunicación no se resuelve a través de algo tan pobre como aquello de un emisor que emite y un receptor que recibe. Estamos siempre inmersos en un todo significativo que se manifiesta por medio de distintos discursos, los cuales pueden contradecirse, sin dejar de pertenecer por ello al todo. Una relación de comunicación comprende las relaciones intrapersonales (yo conmigo mismo), grupales, sociales en general; las circunstancias económicas, políticas, culturales, el desarrollo de ciertas tecnologías, de ciertas formas de enfrentar y resolver los problemas de la naturaleza de la sociedad” (Gonzalez-Gartland:1999, p.81).

Comprender los procesos de comunicación que existen entre los equipos tratantes y la población permite pensar de qué forma se gestan las barreras y los facilitadores de la misma. A la hora de pensar el vínculo cómo una relación social entre el encuentro y el desencuentro de ambos actores, tener cómo clave de lectura a la comunicación que involucra el universo de sentidos tanto colectivos cómo individuales. En este sentido, Uranga piensa a la misma cómo:

“Un proceso social de producción, intercambio y negociación a través del cual se construye una trama de sentidos que involucra a todos los actores, sujetos individuales y colectivos, que va generando claves de lectura comunes, modos de entender y de entenderse, modos interpretativos en el marco de una sociedad y de una cultura” (Uranga, 2013: p.3).

En ambos centros, a la hora de llevar adelante las entrevistas, emerge la importancia de lo comunicativo. En varios fragmentos que analizaremos a continuación es posible observar como lxs entrevistados atienden a partir de sus imaginarios, a lxs jóvenes. Surge aquí la cuestión de género antes mencionada en el Capítulo 1, al cual agregamos que en base a la ley N° 26.743 de Identidad de Género, el trato y la comunicación en este sentido, es obligatorio. En este sentido, la administrativa del centro destaca el trabajo sobre la disidencia sexual y cómo:

“Le llamábamos por el nombre que nos dijo, ponele dijo: soy ponele “Andrea” y en el documento figuraba Pablo (ponele), entonces nosotros si es Andrea por más que sabíamos para nosotros era Andrea y nunca se le faltó el respeto ni nada de eso, al contrario, ellas se sienten muy bien con eso” (C, centro A, Administrativa).

Por otra parte, destaca la importancia de mantener actualizadas las capacitaciones en lo que respecta a temáticas de diversidad sexual, género y adolescencias, para mejorar la comunicación con la población

En el siguiente relato, es posible observar aquello que se alude cómo hallazgo, siendo una intervención enmarcada dentro de una ley. Lo cual no niega la actitud de la administrativa, sino que invita a reflexionar sobre la capacitación de los E.S. en estas temáticas con base jurídica. A su vez:

“Los médicos que tenemos esta experiencia de sensibilización, en cuanto a la diversidad de género, yo fui cambiando mi manera de interrogar al paciente. A partir de que uno se capacita y empieza a entender un poco cómo llegar a esta gente sin hacerlos sentir incómodos. En principio yo lo que hago es preguntar si iniciaron o no relaciones sexuales y cuando me dicen que sí les pregunto con quién, si es con varón, con mujer, si actualmente tienen una pareja estable y si tienen una o más parejas. Y de la misma manera que una les pregunta la fecha de nacimiento, le seguís haciendo el interrogatorio. Me parece que, si bien nos sorprende, ven que la cosa fluye, si uno les pregunta con esa naturalidad, el adolescente se va aflojando con el tiempo. Entonces descubrí un montón de cosas, que, si uno no interroga sobre la sexualidad del adulto joven o el adulto mayor” (AS, Centro A, Ginecóloga).

En este fragmento la entrevistada destaca que, la comunicación con lxs adolescentes se da en un proceso que, si se naturaliza el diálogo y se evitan las jerarquías, no se incomoda al otro. Cómo define ella, “la cosa fluye si uno les pregunta con esa naturalidad”. Por una parte, aunque la profesional, parte desde una perspectiva diversa, basada en la educación sexual integral, al utilizar el concepto de “interrogar” es posible inferir que el MMH permea inconscientemente a través del lenguaje. Lo cual, provoca una disputa permanente tanto por los sentidos como por las prácticas y por qué no, en las representaciones sociales.

En ese sentido, Bourdieu problematiza el peso que tiene el lenguaje y el vocabulario “Piensa que el mundo social es el lugar de luchas a propósito de las palabras que deben su gravedad y su violencia al hecho de que las palabras hacen las cosas en gran parte y que cambiar las palabras es cambiar las cosas” (Bourdieu, 1999).

Según Spinelli (2010) El trabajador de la salud es un trabajador también del lenguaje, tanto verbal como no verbal. “Cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando así el potencial del lenguaje como constructor de la realidad” (Spinelli, 2010, p 283). En

función de pensar instituciones con apertura y reconocimiento de avances de derechos caben algunas necesarias consideraciones. Siguiendo a Ulloa (2011), una política institucional de la ternura recupera dos habilidades: la empatía y el miramiento, entendido como la posibilidad de “mirar con amoroso interés a quien se reconoce como ajeno y distinto de uno mismo”. La ternura nos permite “la construcción de sujetos esperanzadamente deseantes” Arias (2012). La importancia de escuchar a la persona a sí misma, coincide en los dos centros. Se trata de acercar el diálogo entre modos culturales muy diferentes, para comprender cuál es la demanda de esta persona. La pregunta al final y al cabo es como volver esa escucha una política institucional y no una cuestión individual.

4.4 Imaginario sobre la adolescencia ¿Cómo se piensa a lxs jóvenes en la atención?

Aquí interesa identificar los imaginarios acerca de cómo se concibe al otrx con el que se trabaja. Al momento de la constitución del vínculo equipo de salud-población, los imaginarios juegan un rol determinante en como el otrx es pensadx. Desde esta investigación se indaga cómo los E.S de salud piensan a lxs adolescentes con lxs que trabajan.

Para ello es fundamental continuar reflexionando sobre la juventud y la adolescencia como categoría analítica y es pertinente visualizar como se inscriben en los procesos de accesibilidad en relación al sistema de salud. Según Duschatzky y Corea (2011) “lo adolescente”, está en relación a la construcción de las subjetividades, se entiende que lo adolescente está ligado a un devenir subjetivo y no a una definición basada en la edad o una etapa de la vida humana. En la misma línea de pensamiento está la propuesta de Lewkowicz (2003), quien propone la tarea de des-suponer las infancias y adolescencias lo cual invita a pensar en lxs adolescentes en el presente desde su historización teniendo en cuenta los condicionantes actuales.

Estxs autorxs parten de la crítica a las definiciones evolutivas sobre la adolescencia como una etapa de la vida. Realizan una crítica sobre el concepto de la adolescencia, partiendo de considerar a la misma cómo una construcción social que homogeneiza un momento previo a la vida adulta y se constituye en el centro del orden social de la Modernidad. Esta crítica consiste en considerar a la adolescencia no como grupo etario sino desde lo simbólico en relación a lo normativo, es decir, a partir de las formas en las cuales construyen y reconstruyen su subjetividad. Respecto a la mirada que se tiene de estxs en los centros de salud, según los resultados de la investigación, se evidencio que existen diversas formas de representarlx.

Centro a)

En este centro, un primer imaginario sobre cómo pensar al otrx está relacionado al desconocimiento sobre cómo ese otrx me piensa a mí. En este sentido la otredad funciona como pregunta sobre mí. La barrera está puesta en este sentido, en el desconocimiento. Según la trabajadora social:

“Otra de las barreras en el vínculo es que pienso, es que no sé qué concepción tienen ellos del centro de salud. Se me abre un poco esa pregunta en torno a la barrera. No sé qué piensan ellos”
(L, Centro A, Trabajadora Social).

Se parte de pensar al otrx, pero no desde formulaciones vacías que silencian a los protagonistas. Por el contrario, se trata de reconocer el conjunto de representaciones, de significados y sentidos que generan los sujetos como parte de un conjunto social. No como individuos aislados sino en interacción relación con otros que es el único modo de producción de sentidos en tanto no existe sujeto fuera de las relaciones sociales.

Otra mirada, tiene que ver con el pudor de las profesionales a trabajar la situación de sexualidad, sobre todo con quienes son “más peques”. El imaginario sobre lo que pensara el otro sobre lo que uno trabaja funciona como una de las barreras de accesibilidad en torno a lo simbólico. Se trata de una comunicación trunca que actúa como barrera. En función de esto la entrevistada manifiesta:

“Me pasó que con los más peques les da como mucho pudor todavía y bueno por supuesto el enfoque es distinto. le da cosa, tampoco uno sabe hasta dónde llegar por las autoridades de la escuela o mismo los padres que tienen todo un tema con la ESI. Así que bueno, esa es la parte un poco más complicada. Si la paciente lleva dos años que no está viniendo al control, a la sala se acerca, pero para otra cosa, para buscar la pastilla, para tomar la presión y no saca el turno porque bueno, nada “se cuelgan”. Entonces, a esa paciente la empezábamos un poco a hinchar para que volviera” (AS, Centro A, Ginecóloga).

Por otro lado, también está presente la representación que más prima en este centro, la cual está relacionada a la falta de cumplimiento en los tratamientos, en función de esto, el imaginario del porque no vienen tiene que ver con que lxs adolescentes “se cuelgan al venir”. No hay una mirada que amplíe y repiense los por qué. No aparece la imagen en donde los pibes no quieren, no se sientan cómodos, tengan otros problemas, entre otras cosas.

“La típica por que se colgaron, no vinieron hacer la receta., es parte de ser adolescente viste Y cuándo ya no tenían más no la querían comprar, entonces les agarraba la locura. “Sí, pero qué hago ahora si no tengo yo”, pero te tienes que acordar antes de hacer la receta” (Centro A, Administrativa).

En estos fragmentos podemos observar cómo se reduce el no venir al centro, a una noción cultural. Como cualidad de lo adolescente, se identifica y homogeniza la idea de que estxs son colgadxs.

Centro b)

En este centro surgen otro tipo de imaginarios, en relación a lo sexual, se piensa en las necesidades y problemáticas de la sexualidad adolescente solamente desde una mirada reproductiva de la sexualidad;

“Con la población adolescente se trabajaba mucho más sobre todo lo que es prevención de transmisión sexual, machacar y reforzar el tema del uso de preservativo, tanto para las relaciones orales, anales y vaginales, nada es machacar un poco. Y bueno, hablar sobre anticoncepción en general, distintos métodos” (CC, Centro B, Administrativa).

Según lo desarrollado anteriormente en esta tesis, aquí se sigue reforzando una mirada reduccionista sobre lo sexual. No se habla de deseo, de placer, o de otras dimensiones que no solo impliquen no embarazarse o de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual.

Por otro lado, en este centro también se reproduce la mirada del adolescente cómo alguien **“colgado”**. Según el siguiente fragmento, la administrativa representa a estxs como perdidxs, “no saben ni a lo que vienen”;

“Cuando hay problemas de ETS, cuando hay una chica que captada por la ginecóloga hacen traer a la pareja, pero si son medios cuelgues, no saben ni a lo que vienen, dicen vengo a darme una inyección y ya medio que lo calas, pero no tienen idea. Y también la gente cómo que no te dice la posta, entonces te dice no si porque en realidad es una urgencia, después te dice no la verdad que era dolor y se toma ibuprofeno. Cómo que, en el día, no sé si porque le costó hacer el coso o porque es en el día, o porque es en tres semanas o un mes, cómo que de repente te faltan” (C, Centro Administrativa).

La entrevistada observa que **“de repente te faltan”**, es interesante preguntarse ¿cómo hacer para que no le falte? ¿Por qué es que faltan? ¿La responsabilidad es de lxs adolescentes por ser colgadxs o que hay detrás de todo esto? En este sentido:

“la comprensión de la otredad de esta manera se constituye como un fundamento del ser, dado que éste es en la medida que interpreta y explica su situación. En ese aspecto ese Otro implica un lugar de lo verdadero, el espacio donde se expresan tanto la dificultad como la resolución a ésta” (Carballeda, 2013, p.2)

Por último, un imaginario un poco más estigmatizante sobre el ser adolescente, es el siguiente, donde se sitúa al adolescente cómo irresponsable. Según la profesional solo vienen

a lo que les urge y el resto no le es importante. No son conscientes de los riesgos que corren. Lo podemos ver en el siguiente fragmento:

“Los adolescentes están más perdidos. No tienen responsabilidad respecto a la sexualidad todavía. Y hay gente que viene a la consulta tan despojada, diciéndote cada cosa. No puede ser. Hay muchas mujeres que no se cuidan con otros métodos, amén de “los días”. Que no es un método anticonceptivo. Y sin embargo dicen, no yo me cuido con “los días”. Bueno, no te embarazaste de casualidad hasta ahora, pero puede suceder. Es interés. Vienen a lo que les urge. ¿Qué me urge? No me vino. Me urge que tenga flujo o picazón. Pero si eso está resuelto. No importa si tengo que hacer el Papanicolaou. Porque no concientizan la gravedad de lo que puede suceder, ya ser adolescente tiene sus temas. Entonces es el trabajo más difícil. El tiempo que me lleva que lo entiendan. Y además de que lo entiendan es que lo asumen, no te hacen caso. Esto de que asuman el compromiso de empezar a cuidarse cada uno” (CC, Centro B, Ginecóloga).

Siguiendo este imaginario, tomamos los aportes de Cohen (2003) quien delimita tres premisas sobre lo adolescente. El primero donde el adolescente defiende un conjunto incompleto de valores; el segundo, donde el adolescente defiende un conjunto de valores que son transitorios; y por último el cual el adolescente defiende un conjunto de valores que son específicos de su edad. Además, se evidencia un enfoque paternalista sobre la adolescencia al referirse que le lleva mucho tiempo a que te entiendan, que “no te hacen caso”.

En este sentido el imaginario sobre la adolescencia funciona como barrera, no como facilitador. Entender que el discurso y las representaciones sobre el otrx están insertos en una trama de poder. Según Sánchez “nuestro discurso adquiere poder en el momento en que se es escuchado, y dicho poder se amplía dependiendo de la posición desde la que se trasmite y del radio de influencia que se tenga” (Sánchez, 2008, p 820). En este sentido, cabe destacar que el discurso reproduce el poder, y más aún, el abuso de poder y la dominación. Y todo aquel que maneje el discurso y lo divulgue, tiene poder (Teun A. Van dijk, 1999).

Por último, estos imaginarios permiten conocer mejor como se ve al otro, como se lo piensa y por ende, desde donde y de qué formas se trabaja con él. Según Carballada (2013) intervenir en lo social, y por ende en salud, implica comprender al otro cómo un sujeto en movimiento histórico y social. Se trata en definitiva lo que Bauman define con una precisión argumental que no se puede desconocer “Pasar de la tolerancia a la solidaridad, que no solo acepta que la gente puede ser diferente, sino que sostiene que la diferencia es algo bueno, que del contacto se aprende y todos salimos enriquecidos.” (Libedinsky, 2006). Así la otredad implica una ética de la alteridad, donde este otrx necesariamente la alteridad.

4.5 Imaginarios sobre la Atención Primaria de la Salud

Para cerrar el capítulo, se toman algunas reflexiones que surgieron en torno a lo que cada profesional concibe cómo A.P.S. Al final de cada entrevista se incluyó una última pregunta que buscó la reflexión sobre cómo cada una define qué es la A.P.S

Cómo se desarrolló a lo largo del primer capítulo de esta tesis, existen en el país grandes dificultades para lograr pensar a la A.P.S desde sus lineamientos originales. Conocer los modos en que esta es pensada por los E.S es fundamental para poder comprender cuales son los mecanismos subjetivos que impiden motorizar el proceso para lograr una A.P.S integral. Son numerosas las investigaciones que apuntan el análisis sobre la A.P.S desde sus complicaciones estructurales, ligadas a la implementación de la misma en un marco socio-histórico particular. Por lo mismo, se busca conocer cómo lxs trabajadorxs de salud la perciben a fin de comprender las barreras, imaginarios, y potenciadores para repensarla. El análisis de los imaginarios sociales habilita comprender cómo desde las huellas discursivas, a través de los modos y las costumbres que se naturalizan, pueden operar como marcas didácticas los hechos del pasado” (Bertolotto, 2012, p.365). Dentro de las definiciones históricas reduccionistas sobre A.P.S. cabe destacar:

“Prevención primaria sin atención, primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud, paquete básico de prestaciones para población vulnerable, atención para pobres, atención basada exclusivamente en la comunidad y atención primaria de baja sofisticación y calidad inferior” (Ase y Burijovich, 2009, p.38).

Estas y otras definiciones pueden ser rastreadas dentro de los distintos discursos que narran las entrevistadas de los centros de salud. A continuación, se exponen los resultados pertinentes.

Centro a)

En el centro a, las profesionales tienen distintas miradas sobre lo que implica la A.P.S Las reflexiones de la trabajadora social del centro sobre esta son las siguientes:

“En atención primaria de la salud la dificultad más grande que veo es que la sala se queda en su lugar, hay muy poco territorio. La sala tiene bastante demanda estable y activa. En esa se queda, siempre recibiendo y nunca saliendo a buscar, a promocionar. Eso lo siento desde que entré, más allá de la pandemia, es complicado, es complejo. Tiene que haber más gente laburando, para atender la demanda. Intervenir a tiempo, a veces sucede y es cómo que te genera cierta recompensa. Otra dificultad es que no hay un equipo más estable que pueda laburar cómo con cierto eje, con esto que yo te digo de la informalidad del trabajo articulado, por ahí establecer cómo modalidades

más estructuradas, más pensadas y generando espacios de encuentro” (L, centro A, Trabajadora Social).

Este fragmento es muy rico de analizar. En una primera instancia se destaca la importancia de recuperar la lógica territorial, siendo un centro que tiende a funcionar como recepción de la población y no hay un componente activo como grupo de trabajo que conlleve un proceso de salir a buscar a la población y hacer prácticas de promoción. En este sentido, la profesional realiza una crítica, no solo a la pasividad que prima en el centro en relación a cómo trabajar sobre la salud de su población, sino también a lo que subyace de fondo, a la idea de pensar la salud desde el lugar biomédico, reproduciendo la lógica de consultorio que gobierna en el MMH. En función de su mirar subjetivo, la entrevistada comparte que es importante que el trabajo le genere cierta recompensa. Se puede pensar en relación de un compromiso más activo, sería salir al encuentro de los usuarios y por añadidura sentirse realizadx en la tarea y no frustradx con la realidad y sus obstáculos. Además, la profesional encuentra ciertas dificultades en la A.P.S. en lo que respecta a la falta de profesionales en el centro de salud, y a la constante rotación de estxs. A la vez también declara la necesidad de tiempo y espacio formal para realizar un trabajo más articulado entre sus compañerxs. Por otro lado, la ginecóloga:

“La atención primaria, la frase hecha, el librito; es la puerta de entrada al sistema de salud. Una frase que repetimos todes, es una frase hecha, pero es una realidad. Si vos me preguntás qué es lo que tiene la aps, es eso te enriqueces de laburar con el otro. Esto del ida y vuelta, de la interconsulta, de estar metido en un sistema, en mi caso. La verdad que tiene un montón de cosas positivas, entonces para mí fue una experiencia genial” (AS, Centro A, Ginecóloga).

En este fragmento aparece lo que la ginecóloga manifiesta como “la frase hecha” de la A.P.S como “puerta de entrada al sistema de salud”. En este sentido, pensar la A.P.S. como entrada al sistema, implica concebir a la misma desde un primer nivel de atención que divide a la salud por niveles. Esto implica ciertos condicionantes, ya que los lineamientos expuestos en Alma-Ata, conllevan a la transversalidad de la estrategia de atención y no se focalizan en un solo nivel. Ase y Buriyovich (2009) sobre pensar a la A.P.S. como puerta de entrada definen que “se estaría restringiendo el concepto de atención primaria al de un nivel de atención de baja complejidad. Para la formulación originaria, los niveles de mediana y alta complejidad también forman parte de la estrategia de A.P.S.” (Ase y Buriyovich ,2009, p.45). En relación a problematizar el concepto de puerta de entrada, Testa (1985) desde una mirada regional conceptualiza que en países subdesarrollados no puede implementarse la A.P.S. como puerta de entrada, como un nivel de atención, por el contrario, la misma en estos lugares funciona

como “el único servicio disponible para la población a la que está destinada”. Con esta caracterización “la calidad del servicio prestado en tales condiciones no puede alcanzar el nivel requerido” (Testa,1985). La administrativa del centro a, definía la A.P.S. cómo:

“Es lo primero que uno encuentra. A donde llega primero desesperado y hay que buscarle la vuelta para que se vaya conforme. Me pasaría a mí como paciente si voy a un lugar. No voy a ir a tomar mate ni a verle la cara a la administrativa. Voy porque tengo un problema y siempre la salud es complicado. Me pongo en el lugar de que, si voy y estoy pasando por una situación, voy a buscar una solución. Sin salud no tenes nada. Deberíamos tener más respuestas por ahí. Como atención primaria poder darle más solución a la gente. A veces a nosotras mismas nos da vergüenza decir “no tengo, no tengo, no tengo”. Por qué me pasaría del otro lado, si voy dos veces y voy una tercera y no tenes. Como nos pasó ayer que fue un señor y nos dijo: “Para qué están”. Tendría que haber más cantidad de profesionales o no rotar la gente y poner grupos de horarios hasta más tarde” (C, Centro A, Administrativa).

En este fragmento aparecen dos de los imaginarios presentes en los dos discursos anteriores. Por un lado, la misma idea de puerta de entrada, antes definida. Por otro lado, la dificultad en la escasez de recursos, en la cantidad de profesionales, y en las dificultades que trae la rotación del personal. Desde esta forma se puede analizar la interrelación entre ambos factores, esto es, pensar a la A.P.S cómo puerta de entrada de un sistema que no cuenta con la disponibilidad de recursos suficientes, no es viable.

Por otro lado, desde su mirar se destaca la importancia de que lx trabajador pueda ponerse en el lugar del otrx, más allá de las diferencias culturales. Se trata de lo fundamental, de la empatía, léase como “poner en juego la afectividad cómo mecanismo deseante, ser permeable en relación al semejante” (Arias, 2019). Si la A.P.S. es un lugar de pertenencia para el trabajador de la salud, un lugar donde él también se puede enriquecer; sería esencial valorar aquello que le da sentido a la tarea, la califica y la potencializa positivamente.

En el discurso de la entrevistada, no se asume la falta de recursos cómo responsabilidad estatal, sino como algo propio de sí, como si fuera responsabilidad del centro de salud.

Centro b)

En el centro b también se identificaron miradas contrapuestas respecto a cómo definir A.P.S. Una mirada que se repite en dos de las entrevistadas, es esta noción de pensarla cómo puerta de entrada al sistema de salud. La ginecóloga, al respecto comentaba:

“Elegí atención primaria porque me gusta como complementa a mi especialidad, ya que yo hago cirugías, obstetricia. Esto era la pata que le faltaba para mi profesión. Creo que la Atención primaria es el primer nivel, el primer eslabón, un primer acercamiento del paciente con la salud,

sin ir a lo literal de lo que significa la atención primaria que eso ya lo sabemos. No sé, como poder desde el consultorio laburar con el otro. Lo que tiene es trabajar con la promoción y prevención, distinto del hospital” (CC, Centro B, Ginecóloga).

Este fragmento define a la A.P.S cómo puerta al sistema de salud y cómo primer nivel de atención. Sitúa a la atención en el consultorio, señalando que lo bueno de la A.P.S es el poder trabajar tanto en la promoción y la prevención, dado que esto en el hospital no puede darse de igual forma. Además, el fragmento es interesante ya que la ginecóloga manifiesta prestar servicios en distintos trabajos, evidenciando la sobre ocupación que existe en salud, cómo manifestamos anteriormente en esta tesina.

En una línea similar al discurso de la ginecóloga, la administrativa de este centro, comienza por definir a la A.P.S también cómo puerta de entrada al sistema de salud. Pero luego, al profundizar respecto a las barreras y dificultades que encuentra en la atención primaria, la problematiza definiéndose cómo **“puerta de entrada y de salida, cómo un embudo”**.

*“La atención primaria de la salud es justamente la puerta de entrada al sistema de salud. Que es bastante buena en Vicente López. Me parece que se puede mejorar en estas cosas que te digo de expulsión y poca articulación. Antes no sabías dónde derivar a cada especialidad. Después se hizo como una base de datos que podías ver qué había en otros centros (no tengo acá psicóloga infantil, tenes en tal lado), pero después eso como que no estaba actualizado y no podrías dársela. Entonces sí, un problema es esto de que es expulsiva. Además, que había poca comunicación entre administrativas. No era cosa de un llamado. A veces sí. Pero no siempre. Y siempre es cómo me mandan de allá, me mandan de acá, todos derivan acá. **Creo que somos la puerta de entrada y de salida. Somos un embudo.** Parece importante pero falta ahí articulación. Hay cosas que nos exceden y no tenemos, para mí, un apoyo de arriba.” (MH, Centro B, Administrativa).*

Si bien en una primera instancia, la mirada sobre A.P.S emerge desde la conceptualización de puerta de entrada, la misma se amplía y problematiza. Según ella, en el Municipio es bastante buena (en comparación con otros) pero desde su especialidad observa que; hay falta de articulación entre colegas, falta de consolidación en los procesos digitales para la asignación de turnos, falta de apoyo por parte de la gestión. Por último, emerge lo expulsivo cómo dimensión, esto es más que interesante ya que un sistema que funciona cómo puerta de entrada, (si es que funcionase cómo tal y ya se conceptualizó que no se podría) es contradictorio. Así cobra sentido pensar a la A.P.S desde embudo, donde los centros de salud, más que entrada, funcionan cómo filtro o recepción de demanda, escindido totalmente del sistema de salud, y reproduce así la dificultad en la articulación con el segundo nivel. Lo expulsivo demuestra también las dificultades presentes en esta investigación en relación a las dificultades que se

encuentran en el acceso de la población adolescente. Es este sentido donde se vuelve importante recapitular los imaginarios que tienen los E.S sobre la A.P.S. a fin de poder entender mejor los procesos que ocurren localmente.

La trabajadora social respecto a cómo concibe a la A.P.S contaba la importancia de problematizar dicho concepto. Según ella en el centro de salud se reproduce una mirada que no permite pensar de forma integral a la persona. Ella valoriza la presencia de la mirada social. En el siguiente fragmento, se encuentran concepciones muy ricas e interesantes respecto a cómo pensar la A.P.S

“Cuesta esto de correrse un poco, esta cuestión de escindir a la persona en partes y entender que desde que nace hasta que muere es un ser social y que la salud lo atraviesa. Su situación está constantemente atravesada por la cuestión social. No es que en un momento ese paciente se convierta en un sujeto a ser abordado por el servicio social, por la psicóloga, esa persona de por sí, desde que nace a que muere tiene distintos atravesamientos, el social es uno. Entonces, me gusta el laburo en atención primaria porque me gusta concebir a las personas desde ese lugar, creo que hay una cuestión de elección mía. Por qué todos te dicen APS es laburo en prevención y laburo en promoción. Me parece que se queda corto APS si lo enfocamos desde esas dos cositas porque prevención lo podemos hacer en el hospital y prevención también. Es laburar con complejidad”
(RR, Centro B, Trabajadora Social).

Aquí la profesional comienza describiendo cómo dentro de los E.S. Se reproduce el MMH, quien concibe a la persona desde una mirada atomizada, reduciendo su cuerpo a los procesos biológicos que invisibilizan y niegan el resto de determinantes que impactan en su salud. Además, la profesional a diferencia de la ginecóloga, trae una mirada ampliada de la A.P.S. problematizando tanto las actividades de promoción, cómo la de prevención que sitúa a las mismas, no solo en el primer nivel, sino transversalmente a este. De esta forma, concibe a la A.P.S. desde una mirada más integral.

¿Será que la mirada integral de la persona dignifica y brinda integridad no solo a quien es miradx, sino también, a quien ejerce la mirada? ¿Será que está interconectado el vínculo equipo-población de modo tal que el desarrollo de una parte de la díada genera necesariamente el desarrollo de la otra?

Observaciones

Según los aportes de Bertolotto (2012) indagar sobre las representaciones sociales que tienen lxs E.S implica rastrear las marcas que se imprimen cómo huellas en las prácticas y en las concepciones de quienes trabajan en salud. Pensar los imaginarios sobre la A.P.S. permite rastrear el discurso biomédico que “se mantiene congelada en un conjunto de actividades que proliferan sin coordinación ni planificación estratégica, desde un paradigma histórico

eminentemente médico y medicalizado, sin articulación interdisciplinaria ni intersectorial y sin adecuación tecnológica ni intercultural” (Bertolotto, 2012, p.365).

En el discurso de las entrevistadas, se repite el análisis sobre las dificultades que trae consigo la falta de recurso humano en los centros, las altas demandas hacia estos, cómo otras de las problemáticas estructurales identificadas. También observan dificultades en poder sostener los procesos y las líneas que llevan adelante las gestiones municipales.

Por último, la mirada mayoritaria de la A.P.S. está centrada en pensarla como puerta de entrada al sistema de salud, sistema que cómo se observó trabaja de forma fragmentada. Respecto de cómo pasar de pensar la A.P.S. cómo nivel de atención, hacia una mirada ampliada Tobar aporta:

*“La ventaja radica en la capacidad de organizar el funcionamiento del sistema al establecer una **“puerta de entrada”**, luego se identifica que la responsabilidad nominada permite cambiar integralmente el modelo de atención. Sobre una población definida y conocida, es posible asumir un enfoque centrado en las necesidades epidemiológicas más que en las demandas espontáneas que se concretan en los servicios, es posible establecer cuidados programados y una lógica de cuidados progresivos en red, es más factible desplegar acciones extramuros o comunitarias, es más viable incorporar esquemas de monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios y redes”* (Tobar, 2016, p.3).

Entonces cabe preguntarse qué implica que la persona entre dentro de este sistema, ¿Basta con que solamente se entre por esa puerta? O tal vez, cómo manifiesta la administrativa del centro b, la A.P.S. funciona como un embudo en donde las personas simplemente “caen” en él, necesariamente, atorándose y colapsando. Desde esta forma entonces, ¿cómo son posibles procesos que motoricen la participación social? En ninguna de las definiciones emerge esta dimensión ni se problematiza la necesidad de incluir la mirada de la población dentro de la A.P.S. Situación que se desarrolla a lo largo de la tesis y que pone en evidencia que son las juventudes quienes menos participan en estos espacios.

5. Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo analizar los procesos de accesibilidad en torno a la salud sexual de la población adolescente, que se atiende en los centros de atención primaria del municipio de Vicente López en la provincia de Buenos Aires, a fin de comprender cómo se vinculan con las representaciones sociales que tienen los miembros de los equipos de salud sobre la accesibilidad de dicha población a la atención sanitaria.

Los resultados del estudio fueron detallados en cuatro capítulos en los que se abordaron dimensiones complementarias del fenómeno en estudio.

Históricamente, el trabajo con las juventudes, posee sus complejidades en relación al campo de la salud. Esta situación durante la pandemia del SARS COVID-19 se vio profundizada debido a los protocolos implementados, tanto de distanciamiento como en los cambios de la modalidad de atención. El repliegue a lo doméstico que implicó el COVID-19, generó nuevas barreras en el vínculo entre los E.S y la población adolescente. Surge a lo largo de la investigación el impacto de la pandemia en los equipos de salud, los atravesamientos en las vidas personales, las incertidumbres, el incremento de la demanda, las modificaciones en las modalidades de atención y organización del trabajo, las cuales se intentaron integrar al análisis.

A continuación, presentaremos los hallazgos en cada una de las dimensiones de análisis mencionadas. Es necesario considerar la importancia que tiene revisar las representaciones sociales de lxs profesionales acerca de las juventudes. Ya que éstas pueden descalificar la opinión, las formas, las expresiones de lxs jóvenes, provocando así barreras simbólicas en su atención. Pensar en nuevas formas de participación y de trabajo a partir de la E.S.I, implica cuestionar y debatir la visión adultocéntricas y hegemónica desde la cual se interactúa con la juventud.

Es justamente en el ámbito escolar donde se han realizado la mayoría de las actividades de promoción y prevención promovidas por las instancias municipales (nivel meso). Así, las actividades extramuro fueron llevadas a cabo en conjunto con escuelas, previo a la pandemia. Fueron interrumpidas por las sucesivas modificaciones en las modalidades de cursada escolar, los protocolos vigentes y el aumento de la demanda de atención hacia los equipos de salud durante la pandemia. En cuanto a su contenido y perspectiva, se trabajó con la anticoncepción y el uso de métodos anticonceptivos.

Estas actividades reflejan la intención de construir facilitadores de derechos y otorgar protagonismo a quienes se atienden o así lo desean. Para ello también, la consideración de leyes

y políticas públicas son importantes ya que atraviesan la estructura social de la cual son parte la población a la que se direcciona la atención primaria.

Ligado a esto, se concluye que es interesante repensar la formación de lxs profesionales en función de mejorar la calidad de la atención, ya que se observa que los E.S. no cuentan con la suficiente capacitación específica en las temáticas abordadas. De allí que, en el capítulo tres, se profundiza en el estudio de las representaciones sociales sobre la accesibilidad a la salud sexual y reproductiva de lxs adolescentes construidas por los E.S. Se observa que, una de las principales barreras es la que respecta a la accesibilidad administrativa. La misma está atravesada por cuatro puntos;

i. La primera, se relaciona con las fuentes de datos para producir información sobre la población objetivo de los C.A.P.S. Se evidencia, la falta de registros y estadísticas de salud accesibles que permitan contar con información relevante y oportuna para las políticas de salud. Ante la idea de transformar, para optimizar el modelo de atención en salud, se torna necesario el acompañamiento político estatal cristalizado en las gestiones, tanto municipal, provincial como nacional. Según los E.S, están sometidxs a altas exigencias que se traducen en situaciones de estrés laboral repercutiendo así en su trabajo cotidiano. Los intentos por modificar el paradigma de asistencia implican reflexionar en las formas en las que se piensa la salud. Para ello se desprende de lo investigado, algunas propuestas para mejorar los abordajes territoriales del área programática. La necesidad de precisar los registros de su población mediante nuevas tecnologías, pensar en términos de redes y corresponsabilidad entre los distintos niveles de atención y realizar capacitaciones actualizadas para los equipos de salud.

ii. La falta de datos e información relevante para la toma de decisiones, impacta en la posibilidad de planificar y ejecutar actividades programadas en función de objetivos determinados. En igual sentido, la falta de recursos (humanos y materiales), sumado a una demanda asistencial creciente, dificultan las actividades de prevención y promoción. Debido a esto se imponen las urgencias de la atención en consultorio. El trabajo fuera de consultorio, es afectado por la dimensión del tiempo y, la inmediatez, termina imponiéndose sobre la planificación y el pensarse situado. La atención se centra en el espacio del consultorio, sin tiempo para el trabajo en territorio y para el trabajo interdisciplinario. De esta forma se termina reproduciendo el modelo médico hegemónico evidenciando que sigue siendo prioritaria la atención individualizada por sobre el trabajo colectivo. En consecuencia, los centros de salud continúan realizando sus actividades de atención exclusiva de la demanda.

iii. Los equipos de salud identificaron que las actividades comunitarias por fuera del edificio, presentan barreras producto de la alta demanda sumado a las presiones por parte de la gestión municipal. (aumentar las estadísticas de atención, es decir, horas de consultorio). Pese a las dificultades, los profesionales planificaron alternativas, informales y/o en espacios no tradicionales, que se analizan como facilitadores. Es de destacar el esfuerzo de éstos que, a través de encuentros de pasillo, articularon y generaron estrategias para abordar la atención de adolescentes, incluso durante las distintas etapas de la pandemia. De esto se puede concluir que la mirada biomédica no merma del todo a los equipos de salud que planifican alternativas, aunque sean informales o en espacios no tradicionales para pensar nuevas lógicas. En este sentido se evidencian las contradicciones dentro del sistema, y como en él conviven diversas miradas y sentidos.

iv. En concordancia con lo mencionado, la modalidad de atención predominante es en consultorio a través de un sistema de turnos en detrimento de la atención a la demanda espontánea. El sistema de turnos emerge cómo una problemática para el acceso de lxs adolescentes a la hora de llegar a los centros de salud. Cómo principal barrera en este sentido, se encuentran las formas de organizar los turnos. Estas formas no contemplan la vida cotidiana de lxs jóvenes. Surge a su vez que estas, podrían ser superadas a través de nuevas tecnologías disponibles, pero no implementadas. Así surge la siguiente pregunta, ***¿es el sistema el que tendría que ser adaptado a la población?***

v. En el mismo sentido, otras barreras identificadas por los E.S que se reflejan en el discurso de las entrevistadas, son las dificultades que trae la falta de recurso humano. Esto repercute en estrés y cansancio de lxs trabajadorxs de salud.

vi. En lo que refiere a la relación con el segundo nivel, se evidencia un **muro invisible**. Este se expresa cómo una barrera simbólica, como un **abismo**, físico e imaginario. En este sentido las representaciones sociales de ambos trabajadorxs moldean el vínculo no solo de los propios efectores, sino entre éstos y la población. Estas distancias simbólicas, se vuelven distancias físicas, siendo barreras realmente difíciles de sortear. La reflexión apunta a ¿cómo tender puentes que atraviesan estos abismos? Resulta interesante rastrear estas respuestas en las estrategias que llevan adelante las profesionales para buscar redes informales que permitan y viabilicen la integralidad de la atención. Si bien con estas no basta, es importante rescatarlas y visualizarlas para que las mismas se vuelvan circuitos formales, mediante la decisión política correspondiente.

vii. Otra barrera, quizás más estructural tiene que ver con la falta de dispositivos o

propuestas para trabajar con varones. Si bien, la llegada de lxs adolescentes en general se presenta como dificultosa, en el caso de lxs varones es aludida como **un bache** para el sistema. Las representaciones sociales sobre varones por parte de los E.S dan cuenta, en parte, de esto. Es ausente la construcción de invitación al varón, principalmente de forma macro. El contenido de salud sexual propiciado por los centros de salud está asociado mayoritariamente a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual. En ese sentido, no hay mirada de la sexualidad como integral, el deseo es un tabú, los derechos sexuales, el placer y el goce tienen poco lugar a la hora de problematizar las planificaciones y prácticas. Como se manifiesta en la investigación, lo mismo sucede en la forma en la que está pensado el sistema, pero tampoco hay una contrapropuesta por parte de los E.S. para abordar la situación. En este sentido, la mirada sobre la sexualidad sigue el paradigma médico hegemónico.

En cuanto a la accesibilidad económica, determinante social, el trabajo da cuenta de la crisis que arrastra Argentina desde el año 2016 profundizada por la pandemia. Impacto tanto en la población que se atiende como en lxs trabajadores. La caída de los salarios, la falta de empleo joven y fundamentalmente la pausa que provocaron las medidas sanitarias en la economía, repercuten, no solo en el acceso a la salud, sino en la salud misma de la población.

La población se volcó al sistema público, ya que las obras sociales y el sistema privado colapsaron y se tornó difícil su acceso. Aun así, cabe destacar, que los esfuerzos por parte de lxs profesionales de la salud pública, puntualmente en ambos centros, continuaron durante toda la pandemia intentando dar respuestas, aun sabiendo que en todos los niveles estatales no había indicaciones concretas ni dirección por la cual avanzar frente al avance del COVID-19, y evitando volcar toda la atención solo a ello.

La accesibilidad tecnológica adquiere nueva relevancia a partir de la pandemia, A partir de las medidas de aislamiento, se buscaron inmediatamente formas de cubrir o suplantar la atención de manera virtual. Esto, como se mencionó anteriormente, requiere un esfuerzo grande por parte de lxs entrevistadas quienes estaban igual de afectadas por la crisis económica que la población. Disponer de internet, de celulares o computadoras se volvió una barrera o un facilitador en cuanto acceso a la salud. Si bien se considera, que los facilitadores digitales no reemplazan instrumentos como lo son las entrevistas presenciales o actividades colectivas, la implementación de los mismos durante el 2020, demostró la importancia de capacitar a lxs profesionales en el uso de los mismos, en garantizar el acceso a conectividad.

Cómo última reflexión de este capítulo, emerge la idea de pensar el carácter mediador de los determinantes sociales. Según se problematizan sobre las distintas barreras de acceso de la

población adolescente, se puede entender la complejidad del campo en donde se disputa dicha accesibilidad. En este sentido la relación entre el E.S y la población está mediada por múltiples barreras, facilitadores y potenciadores. Este carácter mediador de los determinantes y del vínculo, configura de forma subjetiva cada vínculo.

Finalmente, la accesibilidad se encuentra en relación de interdependencia con la construcción vincular, entre los E.S. y la población adolescente, a fin de conocer la reconfiguración del mismo durante el contexto de la pandemia. Cómo se desarrolló a lo largo de esta tesis, en función de la accesibilidad adolescente, no basta con pensar la llegada de estos a los efectores de salud. Se vuelve necesario detenerse en cuál es el circuito, cuales son los grados de participación, qué usos hacen del sistema. En síntesis, pensar qué pasa dentro del sistema ya que la mera llegada a este no implica una atención digna, ni tampoco implica un impacto positivo en los indicadores de salud de la población. Sobre esto se desprenden algunas conclusiones. El vínculo del E.S y la población adolescente se da en un espacio de desencuentro, donde el proceso vincular está en relación al concepto de la participación adolescente. En este sentido emerge un concepto novedoso que amplía la mirada médica respecto a la adherencia. Contemplando los principios de la adherencia ampliada, se retoma el concepto de participación adherente para poner foco en lo participativo como principio fundamental. La adherencia, en relación a la participación, es causa de dicho proceso. Esta herramienta puede funcionar como facilitador y motor del vínculo entre los equipos y lxs adolescentes, irrumpiendo sobre el paradigma médico.

Otro motor del vínculo es lo afectivo. Según los resultados, esta categoría puede transformar de forma positiva el vínculo entre lxs jóvenes y los E.S. Al hablar de un cambio en el paradigma de la atención, lo afectivo no puede estar por fuera, puede ser considerado como un proceso clave para hacer efectivo el derecho a la salud de los jóvenes en particular y de la población en general. En este sentido, un mirar afectivo sobrepasa la mirada biomédica, disputando el paradigma médico hegemónico. A la vez, es interesante preguntarse para futuras investigaciones qué pasó con lo afectivo en el marco de la pandemia del SARS-COVID-19, donde la distancia funciona como otro muro simbólico entre las personas. A la vez, poder indagar sobre los discursos de lxs adolescentes comprándolos con los relatos de los E.S. a fin de considerar su voz y opinión respecto de todos los temas trabajados.

Cabe reflexionar sobre las formas en las que se percibe y denomina a la A.P.S. Es fundamental para lograr cambiar los imaginarios que no permiten nuevas formas de ejercer salud. Retomando la pregunta del capítulo, ¿Basta con que solamente se entre por esa puerta?

¿Por qué se piensa a la misma como una puerta de entrada? ¿Es realmente un embudo la A.P.S? ¿O funciona a forma de significante vacío? Desde esta investigación se concluye que no hay miradas acabadas, cerradas, al respecto.

La A.P.S no es algo que opere solamente en el orden de lo material, por el contrario, está inserto en lo simbólico, en una discusión que está mediatizada y determinada por la ideológica. Depende del significado que se le dé, y de la lucha que se haga, interna y externa.

Desde esta investigación, se cree necesario, transformar el paradigma de atención y pensar como ejercer Salud, desde un enfoque de Salud Colectiva-Atención Primaria (cómo estrategia). Se adhiere a la planificación estratégica y la participación comunitaria como herramientas, para articular los subsistemas optimizando la capacidad instalada y poder así ejercer un real derecho a la salud. ***Se acuerda que convendría hablar de accesibilidad (o acceso) no ya al sistema de salud, sino a los beneficios que este puede proveer en términos de salud, dejando de asumir que el acceso al sistema implica, en sí mismo algo positivo.*** También se comparte el posicionamiento que entiende que ningún cambio es posible ***sin decisión política***, sin disputa por esta decisión y más aún, compromiso y acompañamiento de lxs actores en juego.

Se trata de comprender más allá de las definiciones estáticas, las dificultades estructurales que plantea el sistema, y como, sin querer, el paradigma médico sigue presente en cada una de las personas. Es importante destacar, que estas miradas no opacan los inmensos trabajos, imaginarios y sentidos, que responden a perspectivas más amplias, como las que tienen que ver con la salud colectiva. En este sentido, el afecto, la escucha, la creatividad, el encuentro, el trabajo interdisciplinario, la participación, las actividades por fuera del consultorio, la articulación con otros efectores y demás, son algunas de las tantas formas de disputar los sentidos en salud.

Retomar la noción de salud como campo, nos habilita a entender cómo en este ámbito los procesos son diversos y heterogéneos y se dan en un campo que está en constantes transformaciones y disputas. Estas también se expresan no sólo hacia dentro del sistema, sino también, hacia dentro de los E.S y más aún de cada trabajado

Referencia bibliográfica:

- **Alma-Ata (1978):** Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- **Arias J. y Sierra N. (2019):** “La accesibilidad en tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones”. Revista Margen. Marzo. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen92/arias-92.pdf>
- **Ase I, Burijovich J. (2009):** La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva
- **Barbeito, A.; Lo Vuolo, R. (2003)** El “ingreso ciudadano” en la agenda de políticas públicas de la Argentina. Disponible en: <https://ingresociudadano.com.ar/breve-historia>.
- **Bertolotto A., Fuks A. y Rovere M. (2012):** “Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto”. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2012.v36n94/362-374/es/>
- **Bonino, L. (2002):** “Masculinidad hegemónica e identidad masculina” Dossiers feministes, n.º 6, pp. 7-35. Recuperado de: <https://raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434>
- **Bourdieu, P. (1988):** *Cosas Dichas*. Gedisa. Bs.As.
- **Bourdieu, P. (1999):** *Meditaciones pascalinas*. Vol. 1 Barcelona Anagrama.
- **Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995):** *Respuestas por una antropología reflexiva*. Grijalbo. México. Primera Parte. Capítulo 2 La lógica de los campos y Capítulo 3 Habitus, Illusio y Racionalidad. Págs. 53-99.
- **Carballeda, A. (2012):** *La accesibilidad y las políticas de salud*. Revista Sociedad. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires, Argentina.
- **Carballeda, A. (2013):** “La intervención en lo social desde una perspectiva americana. Algunos aportes de Enrique Dussel y Rodolfo Kusch”. Revista Margen N°70. Octubre. Buenos Aires, Argentina.
- **Ceresnia, D. (1994):** “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia_dina_el_concepto_de

[_salud_y_la_diferencia_entre_prevenccion_y_promocion_.CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf](#)

- **Checa, S. et. al (2003):** “*Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*”. 1era Edición. Bs.As. Paidós.
- **Clemente A. (2014):** “*Pobreza y acceso a las políticas sociales*”. El caso de los jóvenes en el conurbano bonaerense. En Revista Sociedad. Recuperado de: <http://www.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/S86-DOSSIER-CLEMENTE.pdf>
- **Cohen, D. (2003):** *¿Quién decide? El adolescente como agente moral*. En Revista Perspectivas Bioéticas, Núm. 8, Barcelona, FLACSO/Gedisa, pp. 55-67.
- **Colodero M. y Lavagnino C. (2016):** Estrategias de prevención y promoción desde una perspectiva de género centrada en varones. Revista Margen. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen81/colodrero81.pdf>
- **Comes, Y. y otros (2007):** El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicio. Anuario de investigación vol. XIV, 2007, pp. 201-209 Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina.
- **Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU, 2020):** Primer Diagnóstico. Creado por la resolución 1527/2020 el 21 de septiembre de 2020. Dirección de Adolescencias y Juventudes del. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/creacion-del-consejo-asesor-de-salud-adolescente-y-juvenil>
- **Domínguez C. (2012):** “*Construcción de la adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis*”. Revista Margen. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen67/dominguez.pdf>
- **Escobar J.C., Chiodi A. y Vázquez M. (2018):** “*Masculinidades y salud integral. Repensando abordajes durante la adolescencia desde una perspectiva de género*”. Min. de Salud y Desarrollo Social. Rev.Est. de Políticas Públicas.
- **Espacio Carta Abierta (2011):** “*Políticas de salud para el proyecto popular*”. Foro de políticas públicas de salud.
- **Fachal, M, y Mertehikian, Y. (2013):** “Riesgos para la salud de adolescentes: barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva” X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

- **Ferrara, F. (1985):** “*Teoría Social y Salud.*” Páginas 41 a 60 – Buenos Aires, Ed Catálogos
- **García, J.I. (2015):** Intervención social. El reto de las TIC en Trabajo Social.
- **Gil-Girbau, y otros. (2021):** “*Theoretical models of health promotion in primary healthcare everyday practice*”. Gaceta Sanitaria, 35 (1), 48-59. Epub 22 de noviembre. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>
- **González G. (2016):** Redes, otra manera de pensar la salud. De proceso a resultados. Ciudad Autónoma de Bs. As. Ministerio de Salud de la Nación. REDES.
- **González-Gartland, G. (2019):** Comunicación en salud: conceptos y herramientas / 1a ed. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 82 p. ; 28 x 20 cm. - (Política, políticas y sociedad. Cuadernos de trabajo; 2). Recuperado de: <https://ediciones.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2019/09/9789876304139-completo.pdf>
- **Granda, E (2004):** ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? Revolución Cubana Salud Pública.
- **Grippe, I. (2008):** *Adolescencia y procesos participativos en el campo de la salud de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Descripción de las características específicas de la participación en los niveles personal, familiar, institucional y comunitario.* Anu. investig. v.15 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862008000100020&script=sci_arttext&tlng=en
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>
- **Hurrell S. y Aguayo (2021):** *Educación Sexual integral, compilación de actividades.* Recuperado de: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL006952.pdf>
- **Ierullo M., en Contextos (2020):** Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA. Año I. Número I. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social CABA, Argentina. 2020. 84. Recuperado de: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Revista-Contextos.pdf>
- **INDEC (2010):** Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
- **INDEC (2010):** Indicadores de Salud. Recuperado de : <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-94>

- **Informe técnico de la UNFPA (2020):** “El impacto del covid-19 en la Argentina en el acceso a los anticonceptivos”.
- **Instituto del Conurbano, I.C.O. (2020):** “Informe del segundo relevamiento a barrios populares del Conurbano Bonaerense en el contexto de aislamiento social obligatorio”. Universidad Nacional de General Sarmiento. Abril.
- **Isuani, A y Mercer, H. (1988):** “*La fragmentación institucional del sector salud. Pluralismo o irracionalidad*”. Centro Editor de América Latina.
- **Jodelet D. (1989):** Les représentations sociales. Presses Universitaires de France. 108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris.
- **Lafit J. (2016):** Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud” Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. FTS.UNLP.
- **Landini F. y otrxs (2014):** “Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural”. Recuperado de :
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/86099/CONICET_Digital_Nro.d5b853e2-f227-4d5a-a2c8-16a142e9d93c_q.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- **Libedinsky, J. (15 de febrero de 2006):** “Tenemos que pasar de la tolerancia a la solidaridad”. La Nación. Recuperado de:
<https://www.lanacion.com.ar/cultura/tenemos-que-pasar-de-la-tolerancia-a-la-solidaridad-nid780816/>
- **López Susan (2015):** El sistema de salud argentino en los años 90 y 2000. ¿Qué cambió y qué continuó? Ficha de Cátedra de Salud Colectiva/ Medicina Social. FTS. UNLP. La Plata.
- **Margulis, M y Ariovich, L. (1996):** “*La juventud es más que una palabra: ensayos sobre cultura y juventud*”. Buenos Aires. Biblos.
- **Menéndez R. (2005):** “*Relación equipo de salud- paciente- familia. Aspectos éticos y tácticos*” La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- **Ministerio de Salud de La Nación Argentina. D.E.L.S. (2016):** Ver en:
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva>
- **Nieto, L. y Pelayo, R. (2009):** “*Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud*”. En: Revista Académica Institucional, Páginas de la UCPR, 85:61-75.
- **Organización Mundial de la Salud (1998):** “*Salud Adolescente*”
https://www.who.int/topics/adolescent_health/es

- **Organización Panamericana de la Salud (2018):** “*Salud del adolescente*”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>
- **Paredes-Carbonell (2016):** “Oportunidades para la práctica de la promoción de la salud: el modelo de activos y las guías de NICE. “Revista Esp-Sanid-Penit. Editorial. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v18n1/es_01_editorial.pdf
- **Rascovan S. (2013):** “*Entre adolescentes y adultos en la escuela. Puntuaciones de época*”. Buenos Aires. Paidós.
- **Repetto, F. (2001):** *Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Documento 55. Centro de Estudio para el desarrollo institucional.
- **Reyes-Juárez A. (2010):** “*Adolescentes, formación ciudadana y participación: una reflexión desde la escuela secundaria*”. Universidad Autónoma Metropolitana. Política y Cultura, núm. 53, pp. 131-153. Comisión Nacional para la Mejora Continua de la Educación (Mejoredu), México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/267/26763954006/html/>
- **Sánchez-Torres A. (2015):** “*Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*”. Disponible en:
- **Santos H. (2006):** Educación sexual en la escuela. Perspectivas y reflexiones Bs As. Ministerio de Educación - Gobierno de la Ciudad de Bs As. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/una-escuela-inclusiva-de-la-sexualidad.-greco.pdf>
- **Saura Sánchez, J. (2008):** El discurso mediático y sus consecuencias para la interculturalidad. *Discurso & Sociedad*. 2(4), 816-838.
- **Schneidermann, D (2012):** “Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional” *Revista margen* N° 66 – Buenos aires- Argentina.
- **Spinelli, H. (2010):** “*Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*”. *Salud colectiva* [online]. 2010, vol.6, n.3 [citado 2015-03-16], pp. 275-293. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-8265.
- **Stolkiner A. (1999):** “*La interdisciplina entre la epistemología y las prácticas*”. *Revista Campo Psi- Revista de Información especializada*. Año 3. N°10. Abril. Recuperado de: <https://www.yumpu.com/es/document/read/29575285/la-interdisciplina-entre-la-epistemologia-y-las-practicas-revista->

- **Tajer D. y otrxs (2019):** “Varones adolescentes en Ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud.” Salud Colectiva. 2019;15: e2256. doi: 10.18294/sc.2019.2256.
- **Tarducci M. y Zelarrayán M. (2004):** “*Nuevas historias: géneros, convenciones e instituciones*”. Publicada en: El Demarco, de Isla e Isnardi (comps.) Equis. La Igualdad y la diversidad de género desde los primeros años. Buenos Aires, Las Juanas Editora. Recuperado de: uba.academia.edu/monicatarducci
- **Testa, M. (1985):** “*Atención primaria o primitiva de salud*”. En Cuadernos Médico Sociales N°34: 3-13. Rosario.
- **Trucco, D. y H. Ullmann (2015):** “*Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad*”. Libros de la CEPAL, N° 137 (LC/G.2647-P). Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- **UNICEF (2017):** El acceso a la Salud de los y las adolescentes en Argentina 2017. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-03/salud_adolescente_FINAL_0.pdf
- **Uranga W. (2013):** “Salud comunitaria: Una perspectiva de la construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones desde la formación de técnicos en Salud Edición: marzo 2013 Comodoro Rivadavia (CP 9000) - Chubut - Argentina
- **Van Dijk, T (1999):** El análisis crítico del discurso. Anthropos, 186, 23-36
- **Zingman, F. (2017):** “El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina” Impreso en Argentina, disponible en : <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El%20acceso%20a%20la%20salud%20de%20los%20y%20las%20adolescentes%20en%20Argentina.pdf>

Referencias normativas

- **Ley N°13.298 de 2011:** Ley provincial de la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños. Ver en:
http://abc.gob.ar/primaria/sites/default/files/ley_provincial_de_la_promocion_y_proteccion_integral_de_los_derechos_de_los_ninos_ndeg13.298.pdf
- **Ley N° 23.849 de 2012:** Ley nacional. Identidad de género. Establéese el derecho a la identidad de género de las personas. Recuperado de:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- **Ley N° 26.743 de 1990:** Apruébese la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) Ver en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>
- **Ley 25.673 de 2002:** Salud Sexual y Procreación Responsable. Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>
- **Ley N° 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral(2006):** Establécese que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Creación y Objetivos de dicho Programa. Recuperado de:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

Anexo 1: Consentimiento informado

Consentimiento informado

.....,
estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires están llevando a cabo una investigación cuyos resultados constituirán su tesina de grado.

Tema de la investigación:

Procedimientos a realizar: estamos solicitando que usted responda a una serie de preguntas, para lo cual la/el investigad/ora/or cuenta con una guía de preguntas pre-definidas que deberá ir completando a medida que reciba sus comentarios. La entrevista tomará alrededor de **60** minutos aproximadamente.

Participación en el estudio: la entrevista tiene como objetivo
.....pueden
completarlo.....

La información que nos brinde será tratada en forma confidencial, esto es, nadie por fuera de este estudio tendrá acceso a la información que nos brinde.

Beneficios de la participación en este estudio: usted no obtendrá ningún beneficio directo por responder a la entrevista. Sin embargo, se espera que los resultados de este estudio contribuyan a

.....
.....

Alternativas para la participación: usted tiene derecho de no responder a la entrevista y/o a algunas de sus preguntas, aun cuando usted haya firmado este formulario aceptando participar. Si usted tiene cualquier duda o inquietud respecto de este estudio, puede comunicarse con:

Cátedra de Seminario de Investigación Final

Correo electrónico: tif@sociales.uba.ar

Carrera de Trabajo Social UBA

Correo electrónico: coordinacions@sociales.uba.ar

Declaración de consentimiento:

He leído o me han leído toda la información contenida en este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Consiento voluntariamente participar en el presente estudio. Comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee sin que esto presente consecuencia alguna para mí.

Si acepto participar

Nombre

(opcional)

Firma (opcional):

Fecha:

Anexo 2: Tabla de identificación y características de la muestra. Fuente: Elaboración propia

Identificación	Ocupación en el C.A.P.S.	C.A.P.S.	Hace cuanto trabaja en el C.A.P.S	Género
C	Administrativa	A	3 años	Mujer
AS	Ginecóloga	A	2 años	Mujer
L	Trabajadora Social	A	2 años	Mujer
MH	Administrativa	B	3 años	Mujer
CC	Ginecóloga	B	2 años	Mujer
RR	Trabajadora Social	B	5 o más	Mujer