SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS SERVICIOS DE NIVEL I DE LOS MUNICIPIOS DE CERRO AZUL Y DOS ARROYOS, DEPARTAMENTO DE LEANDRO N. ALEM, PROVINCIA DE MISIONES. ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS TÉCNICO-PROFESIONALES.

Maestranda: Lic. D'AMORE, ELIANA PATRICIA

Director de Tesis: Dr. LANDINI, FERNANDO PABLO

Co-Directora: Dra. BELLA, MÓNICA EDITH

CÓRDOBA CAPITAL

Entrega de Tesis: noviembre 2016

Defensa de Tesis: noviembre 2018

TRIBUNAL DE TESIS

Dra. María Josefina LÓPEZ DE NEIRA Mgter. Lisandro Carlos UTZ Mgter. María Valeria COLLARD BORSOTTI

DEDICATORIA

A todas las personas que colaboraron directa e indirectamente en la elaboración de la presente tesis.

A los integrantes de los equipos sanitarios que dedicaron minutos y horas de su tiempo, abriéndome las puertas de sus casas y consultorios.

A las mujeres que, entre risas y mates, me contaron sus historias de vida.

Al equipo de investigación de Psicología Rural, por las incontables reuniones y aportes.

A mis amigos, pareja y familiares, que me impulsaron a cerrar una etapa de la vida.

A Vicente, mi futuro hijo, que sin saberlo me enseñó que todo llega a su debido tiempo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a mi director de tesis, el Dr. Fernando Landini, por su generosidad y grandeza para asesorarme, acompañarme e incentivarme a incursionar en el ámbito de la investigación, conservando siempre la humildad y humanidad que solamente los grandes maestros saben tener.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 "La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor"

ÍNDICE TEMÁTICO

RESUMEN	11
SUMMARY	14
PARTE I	
CAPITULO 1. ASPECTOS PRINCIPALES	DE LA
ESTRUCTURA DE TESIS	
1.1. Introducción.	17
1.2. Delimitación del problema.	18
1.3. Antecedentes.	21
1.4. Marco referencial teórico.	24
1.5. Objetivo general.	31
1.6. Objetivos específicos.	31
1.7. Supuestos/ Hipótesis.	31
1.8. Diseño metodológico	32
1.9. Aspectos éticos	37
CAPITULO 2. DELIMITACIÓN DEL ÁMBI	TO DE
INVESTIGACIÓN	
2.1. Contextualización de la zona.	39
2.2. Descripción de los servicios. Principales consultas,	recursos
disponibles y características específicas.	43
PARTE II	
CAPITULO 3. PRESENTACION DE RESULTADOS	
3.1. Delimitación del perfil de las usuarias.	49
3.2. Conocimiento y acciones realizadas por los equipos	sanitarios
vinculadas al PSSyPR.	58
3.2.1. Conocimiento del PSSyPR por parte de los eq	luipos
sanitarios y las usuarias.	58

3.2.2. Principales prácticas vinculadas al PSSyPR.	62
3.2.3. Prevención del embarazo adolescente.	62
3.2.4. Controles periódicos en el embarazo.	63
3.2.5. Entrega gratuita de métodos anticonceptivos.	63
3.2.6. Consultoría en Salud Sexual y Reproductiva.	64
3.2.7. Realización de PAP y/o toma de muestra.	65
3.2.8. Seguimiento domiciliario de los casos.	66
3.2.9. Colocación de Dispositivos Intra Uterinos (DIU).	67
3.2.10. Prevención de ETS.	68
3.2.11. Articulación Interinstitucional. CAPS y Escuelas:	
Dos instituciones promotoras de salud sexual integral.	68
PARTE III	
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	
4.1. Salud Sexual y Reproductiva en el Primer Nivel de	
Atención.	71
4.2. Accesibilidad al Sistema Público Sanitario.	74
4.2.1. Accesibilidad administrativa y barreras	
administrativas.	76
4.2.2. Accesibilidad geográfica/financiera y barr	eras
geográficas/económicas.	79
4.2.3. Accesibilidad cultural/psico-socio-cultural y barr	eras
psico-socio-culturales.	81
4.3. Aportes de la Psicología para el estudio de la SSyR en ámb	oitos
rurales.	84
CAPITULO 5. CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	91

ANEXOS

MODELOS DE ENTREVISTAS

	1.	Guía de preguntas a ser realizadas los profesionales	y
		técnicos integrantes de los equipos sanitarios.	96
	2.	Guía de preguntas a ser realizadas a las mujeres	
		usuarias de los servicios de salud.	100
REG	ISTR	O FOTOGRÁFICO	
	3.	CAPS N° 38	102
	4.	CAPS Km 26	102
	5.	CAPS Santa Rosa	103
	6.	Hospital de Área de Cerro Azul	103
	7.	Camino de tierra denominado "picada"	104
	8.	Plantación de tabaco	104
	9.	Galpón para el secado del tabaco	105
	10.	. Localidad de Cerro Azul	105

<u>INDICE DE FIGURAS Y MAPAS</u>

A. FIGURAS	
A.1. Rango etario de las entrevistadas	50
A.2. Cantidad promedio de hijos según rango etario	50
A.3. Cantidad de hijos	51
A.4. Distancia desde el lugar de residencia al CAPS	52
A.5. Conocimiento del PSSyPR	53
A.6.Utilización de los beneficios del PSSyPR	53
A.7. Prácticas realizadas por las usuarias vinculadas al PSSyR	55
A.8. Escuela como ámbito de consejería en educación sexual	
Integral	56
A.9. Barreras percibidas por las usuarias	56
A.10. Conformidad/disconformidad con la asistencia recibida	57
B. MAPAS	
B.1. Mapa de la provincia de Misiones	40
B.2. Mapa del Municipio Cerro Azul y hospitales zonales	41
B.3. Mapa del Municipio Dos Arroyos y CAPS zonales	41

RESUMEN

El abordaje de la salud sexual y reproductiva forma parte de la agenda pública sanitaria de la Argentina hace más de diez años. En el año 2003 se sanciona la Ley Nacional Nº 25.673, la cual crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, adhiriéndose Misiones a través de la Ley Provincial Nº 4.494 en octubre del 2009, creando el Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable.

La presente tesis indaga acerca de la implementación del programa en el ámbito rural, específicamente en las localidades de Cerro Azul y Dos Arroyos, departamento de Leandro N. Alem, provincia de Misiones. Ambas localidades se caracterizan por tener un alto porcentaje de población rural, aproximadamente 51% con predominio de patrón rural disperso, cuya economía depende en buena medida de la pequeña agricultura familiar.

En relación al diseño metodológico, el presente trabajo de investigación corresponde a un estudio empírico con metodología cualitativa y de carácter exploratorio-descriptivo. Se considera un estudio cualitativo ya que se basa en un diseño de investigación flexible que permite desarrollar conceptos e intelecciones a partir de los datos proporcionados por las mismas personas, comprendiéndolos a partir de los contextos y marcos de referencia en donde se encuentran insertas, sin la necesidad de recoger datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas.

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados, se han administrado 20 entrevistas semiestructuradas a diferentes actores sociales. Por un lado, se han realizado 10 entrevistas al personal sanitario que se desempeña en los servicios de Nivel I de la zona (CAPS Picada Santa Rosa, CAPS Km 26, CAPS Nº 38, CAPS Dos Arroyos y Hospital de Nivel I Cerro Azul), distribuidas de la siguiente manera: 3 entrevistas al personal médico, 4 a técnicos auxiliares de enfermería y 3 a promotores/agentes sanitarios. Las 10 entrevistas restantes han sido administradas a mujeres usuarias de los servicios sanitarios. Dichas entrevistas han sido realizadas en las salas de espera de los centros de salud, mientras las mujeres aguardaban para ser

atendidas por los respectivos médicos. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante un proceso de reflexión crítica en torno al material recolectado, tomando como referencia la Teoría Fundamentada (Grounded Theory). Además, se utilizó como soporte tecnológico el uso del software Atlas-Ti, para la organización del material obtenido.

Los principales resultados a los cuales se ha arribado fueron organizados en tres ejes temáticos. En primer lugar, se ha identificado el perfil de las usuarias, para lo cual se ha indagado acerca de la edad, el lugar de residencia (urbano/rural), la distancia entre sus hogares y el centro de salud de su zona, la escolaridad, la cantidad de hijos, el conocimiento del programa, el acceso a los beneficios brindados por el mismo y la conformidad/disconformidad de las usuarias con la atención recibida. En un segundo eje de análisis, se han identificado las principales prácticas realizadas por los equipos sanitarios vinculadas al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Los profesionales y técnicos han identificado como principales acciones la entrega gratuita de métodos anticonceptivos, tanto orales como inyectables, y el establecimiento de espacios de consultoría, tanto grupal como individual. Además, manifestaron realizar controles ginecológicos y obstétricos; y, en menor medida, colocación de DIU y realización de PAPs. El tercer eje de análisis se centró en el estudio de la accesibilidad al sistema público sanitario, identificando los obstáculos que dificultan el acceso de la población rural a los beneficios del programa. Las principales barreras identificadas corresponden a las administrativas, como ser la falta de personal sanitario dispuesto a trabajar en zonas rurales, la escasez de insumos y medicamentos, y la falta de periodicidad en la recepción de los mismos. Además, otras barreras corresponden a las geográficas, las cuales se encuentran determinadas por el estado de los caminos y accesos, siendo estos generalmente de tierra, los cuales pueden volverse intransitables bajo condiciones climáticas adversas como ser lluvias y tormentas. Así como también por la distancia existente entre las zonas pobladas y los servicios sanitarios, junto la escasez de medios de transportes y la frecuencia de los mismos. Por otra parte, las barreras psico-socio-culturales corresponden a

las creencias personales de los profesionales y técnicos, específicamente las

vinculadas a la sexualidad y al embarazo adolescente, y a la interferencia de

éstas en la aplicación de la legislación y en el establecimiento de criterios

para la asistencia de los adolescentes. Además, las creencias religiosas de la

población también suelen obstaculizar la toma de decisiones vinculadas a la

planificación familiar. Así como también las relaciones de género,

generalmente marcadas por una postura conservadora, dificultan la

aceptación de las parejas masculinas ante el uso del preservativo y la

realización de estudios y controles ginecológicos, ya que la mayoría de las

mujeres manifiestan sentir pudor o vergüenza ante el médico hombre al

realizar estas prácticas.

Finalmente, se destacan los aspectos principales de la psicología

comunitaria, así como sus aportes para el estudio y mejoramiento de las

políticas públicas sanitarias a ser aplicadas en los ámbitos rurales,

especialmente las vinculadas a la salud sexual y reproductiva.

Palabras claves: salud sexual y reproductiva, prácticas, ruralidad, psicología.

13

SUMMARY

The approach to the sexual and reproductive health is part of the Argentina's public health agenda over ten years ago. In 2003 the National Law No. 25,673 is sanctioned, which created the National Sexual Health and Responsible Procreation, adhering Misiones through the Provincial Law No. 4,494 in October 2009, creating the Provincial Program of Sexual Health and Responsible Procreation.

This thesis investigates about implementing the program in rural areas, specifically in the towns of Cerro Azul and Dos Arroyos, Department Leandro N. Alem, province of Misiones. Both towns are characterized by a high percentage of rural population, approximately 51% prevalence of dispersed rural pattern, whose economy depends largely on small family farms.

Regarding the methodological design, this research corresponds to an empirical study with qualitative methodology and exploratory-descriptive character. Is considered a qualitative study as it is based on a flexible research design, that allows to develop concepts and insights from data provided by the same people, understanding them from the contexts and frameworks in which are embedded, without the need to collect data to assess models, assumptions or preconceived theories.

In order to achieve the objectives, have been administered 20 semi-structured interviews to various social actors. On the one hand, have been realized 10 interviews to health personnel who work in services of Level I in this area (CAPS Santa Rosa CAPS Km 26 CAPS No. 38 CAPS Dos Arroyos and the Hospital level I Cerro Azul), distributed as follows ways: 3 interviews with medical staff, 4 interviews whit auxiliary nursing technicians and 3 interviews whit health promoters / health workers. The remaining 10 interviews have been administered to women users of health services. These interviews have been conducted in the waiting rooms of health centers, while women were waiting to be attended by doctors. Processing and data analysis was performed through a process of critical

reflection about the collected material, with reference Grounded Theory. In addition, was used the technical support of the Atlas-Ti software for the organization of the material obtained.

The main results which have been reached were organized into three themes. First, it have been identified the profile of women users, for which it has inquired about age, place of residence (urban / rural), the distance between their homes and the health center in this area, schooling, the number of children, knowledge about the program, access to the benefits provided by it and the conformity / nonconformity of users with the care received. In a second axis of analysis, it have been identified the main practices by health teams linked to the Programme for Sexual Health and Responsible Procreation. The professionals and technicians have identified as key actions the free delivery of contraceptives methods, both oral and injectable contraceptives, and the establishment of areas of consulting, both collectively and individually. They also expressed performing gynecological and obstetric controls; and, to a lesser extent, the IUD placement and realization of PAPs. The third axis of analysis focused on the study of accessibility to the public health system, identifying obstacles to the access of rural population to the benefits of the program. The main barriers identified correspond to administrative, such as the lack of health personnel willing to work in rural, shortage of supplies and drugs and lack of regularity in receiving them. In addition, other barriers correspond to geographical, which are determined by the state of the roads and access, these generally being ground, which can become impassable under adverse weather conditions such as rain and storms. As well as by the distance from populated areas and health services, together the lack of means of transportation and the frequency thereof. Moreover, the psycho-sociocultural barriers correspond to the personal beliefs of professionals and technicians, specifically those related to sexuality and adolescent pregnancy, and interference of these in the implementation of legislation and the establishment of criteria assistance for adolescents. In addition, the religious beliefs of the population often also hinder decision making related to family

planning. As well as gender relations, usually marked by a conservative stance, hinders the acceptance of male partners to use condoms and studies and gynecological controls, since most women report feeling shame or embarrassment to the medical man to perform these practices.

Finally, it is highlighted the main aspects of Community Psychology as well as their contributions to the study and improvement of public health policies to be implemented in rural areas, especially those related to sexual and reproductive health.

<u>Keywords</u>: Sexual and Reproductive Health, Practices, Rurality, Psychology.

PARTE I

CAPÍTULO 1

ASPECTOS PRINCIPALES DE LA ESTRUCTURA DE TESIS

1.1. Introducción

La Salud Sexual y Reproductiva forma parte de la agenda pública de nuestro país, considerada una línea prioritaria de trabajo tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Es así, como en Argentina desde el año 2003 se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a través de la sanción de la Ley Nacional Nº 25.673. Por su parte, la provincia de Misiones se adhiere a ésta a través de la ley provincial N° 4.494, sancionada en Octubre de 2009, fundando así el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Provincia de Misiones. Este programa tiene como objetivos prioritarios promover la salud sexual, prevenir embarazos no planificados, garantizar el acceso de toda la población a la información, orientación, métodos anticonceptivos y prestaciones de servicios, disminuir la mortalidad materno-infantil y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y la procreación responsable. En la presente tesis se indaga acerca de la implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante PSSyPR) en las zonas rurales, específicamente en las localidades de Cerro Azul y Dos Arroyos, departamento de Leandro N. Alem, provincia de Misiones. A tal fin, durante el período correspondiente a marzo 2013 - noviembre 2014 se han administrado un total de 20 entrevistas semiestructuradas, tanto a los equipos sanitarios como a las mujeres usuarias de los diversos servicios. De las 20 entrevistas, 10 fueron administradas a los profesionales y técnicos de cuatro Centros de Atención Primaria y un Hospital de Nivel I, los cuales se caracterizan por brindar asistencia sanitaria básica tanto a la población urbana como a la población rural de la zona. Las 10 entrevistas restantes han sido administradas a las mujeres usuarias de dichos servicios, con la finalidad de identificar los perfiles de las mismas en relación a las condiciones socioeconómicas, a la escolaridad, al uso del sistema público sanitario; y al conocimiento, utilización y aceptación de las prácticas realizadas a través del programa en materia de salud sexual y reproductiva. Con respecto al diseño metodológico, se ha realizado un estudio cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo (Montero y León, 2007; Sampieri, 1997). El material obtenido ha sido procesado con el soporte tecnológico del software Atlas. Ti, siguiendo para el análisis del material los principios de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), realizando de esta manera la recolección, selección, codificación, comparación y el análisis de los datos en base al modelo del muestro teórico y el método de comparación constante (Glaser y Strauss, 1967).

1.2. <u>Delimitación del problema</u>

Si bien es sabido que en los últimos diez años las políticas de SSyR y salud materno-infantil se han intensificado en la Argentina, la mortalidad materna y el embarazo en la adolescencia no han sufrido grandes variaciones en la última década. Aunque las estadísticas mundiales indican que ha disminuido la tasa de natalidad de mujeres adolescentes, se considera que un 11% de los nacimientos en todo el mundo corresponden a mujeres entre los 15 y 19 años de edad. Según datos de la OMS, unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, de los cuales una amplia mayoría (el 95 %), se producen en países de ingresos bajos y medios. En Argentina, existen datos que se desprenden del Censo 2011 y que representan la tasa de natalidad por provincia, sin embargo esta fuente no especifica las edades de las madres. Según este censo, la tasa bruta de natalidad (por mil habitantes) a nivel nacional corresponde a 18,5; siendo en la provincia de Misiones de 19,3 (INDEC, 2011). Por otra parte, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación ha publicado en diciembre de 2015 las Estadísticas Vitales 2014. Según esta fuente, la tasa de natalidad de la República Argentina en el 2014 ha sido 18,2, siendo la tasa de mortalidad infantil 10,6 y la tasa de mortalidad materna 3,7. A su vez, en la provincia de Misiones, dichas tasas corresponden a 23,4 en lo que respecta a la natalidad, la mortalidad infantil es de 9,7 y la mortalidad materna del 2,5. En relación a la natalidad y las edades de las madres, esta fuente refiere que el 15,2 % de los nacimientos a nivel nacional corresponden a mujeres menores de 20 años, mientras que en la provincia de Misiones este porcentaje se eleva al 23,5%. Dentro de este 23,5%, el 1% corresponde a nacimientos de madres menores de 14 años y el 22, 5%, a mujeres que han dado luz entre los 15 y 19 años. Estas estadísticas demuestran que es prioritario trabajar en estas líneas, debido a la necesidad imperante de disminuir los indicadores de mortalidad materna e infantil y la tasa de natalidad las adolescentes. Por otra parte, si consideramos las especificidades de las poblaciones rurales, podríamos decir que las políticas sanitarias diagramadas para su abordaje suelen elaborarse desde niveles decisorios y de planificación ajenos a las especificidades y diversidad de los territorios, lo que genera que las estrategias implementadas no sean suficientes o acordes a las características y necesidades de los mismos.

A partir de este contexto se puede delimitar el tema de estudio. En primer lugar, queda claro que el estudio y evaluación de las políticas públicas y de su impacto debe ser considerado como un área prioritaria de estudio, en tanto presenta interesantes oportunidades para fortalecerlas (Niremberg, Brawerman y Ruiz, 2000). Ahora bien, teniendo en cuenta que la descripción formal de un proyecto o de una política pública no puede identificarse con su implementación, ya que su ámbito de puesta en acción incluye a múltiples actores que cuentan con perspectivas, intereses y racionalidades propias (Robirosa, Cardarelli y Lapalma, 1990; van Woerkun, Aarts y van Herzele, 2011), resulta importante prestar atención no sólo al proyecto y su impacto, sino también analizar el modo en que éste se convierte en acciones concretas en los distintos territorios. En efecto, como sugieren los estudios sobre la implementación de políticas públicas apoyados en la perspectiva orientada al actor (Actor-Oriented Approach) (Long, 1992, 2007), resulta ineludible que la ejecución de los proyectos sea reconfigurada tanto a partir de las características e intereses de los diferentes eslabones de implementación, como de la interacción entre éstos y los beneficiarios. En efecto, tanto los profesionales o agentes de salud como los beneficiarios, no siempre toman las propuestas de los programas en el sentido en que éstos las han prefigurado, sino que lo hacen procurando atender a sus prioridades, intereses o valores. Así pues, en la presente investigación se analiza la implementación de acciones derivadas o vinculadas con el PSSyPR en situaciones concretas, indagando de qué manera los objetivos y las acciones previstas por el programa son reconfigurados o 'traducidos' a partir de los saberes y modos de vida de los diferentes actores y sus propias racionalidades, las cuales incluyen intereses y finalidades propias.

Por otra parte, también es necesario tener en cuenta que un elemento constitutivo de distintas acciones en el área de SSyR es proveer información y orientación, como forma de fortalecer la capacidad de las personas para tomar decisiones reflexivas y libres. En este sentido, es importante indagar de qué manera esta información y orientación es brindada a las personas a nivel territorial. No obstante, se considera poco fructífero focalizar en las creencias individuales/particulares de los beneficiarios y beneficiarias y cómo estas son transformadas por acciones de información por parte del sistema de salud, asumiendo que las creencias del sentido común que guían las prácticas de las personas no son hechos individuales sino que son construcciones sociales generadas al interior de distintos grupos sociales, también denominados comunidades epistémicas (Long, 2007), los cuales comparten espacios de comunicación, como argumenta la teoría de las representaciones sociales (Howarth, 2006; Jodelet, 1986; Krause, 1999; Marková, 2003). En este sentido, las creencias que guían las prácticas de los sujetos en materia de SSyR no serían hechos individuales, sino construcciones sociales que son mantenidas a partir de 'estructurales sociales de plausibilidad' (Berger y Luckmann, 1972). Es decir, entornos sociales donde esas creencias son mantenidas en el diálogo cotidiano. Ahora bien, teniendo en cuenta esto, tenemos que tener presente que el último nivel de la implementación de los programas de SSyR, va a estar mediado y modulado por los contenidos y dinámicas de las redes de comunicación por

medio de las cuales las personas reproducen sus conocimientos del sentido común respecto de ciertos objetos y situaciones, en este caso en particular en relación a las creencias y las prácticas de Salud Sexual y Reproductiva en los contextos rurales.

A modo de conclusión, podríamos decir que se torna necesario realizar investigaciones como la presente para generar conocimientos útiles que permitan pensar diversos modos de intervención acordes a las creencias y los modos de vida de los actores sociales involucrados; permitiendo diseñar acciones y lineamientos que favorezcan el alcance de las políticas públicas relacionadas a la salud sexual y reproductiva, específicamente en los contextos rurales, a partir de una mejor comprensión de sus especificidades y problemáticas.

1.3. Antecedentes

A raíz de la búsqueda de antecedentes y la lectura de trabajos relacionados a la temática planteada, se han encontrado diversos estudios relacionados con la SSyR y el embarazo en la adolescencia. Algunos se focalizan en las prácticas sexuales de los adolescentes y en el uso de métodos anticonceptivos (García y Pereira, 2010; Magalhães y Evangelista, 2010), considerándose como momento crítico el debut sexual (González, Montero, Martínez, Mena y Varas, 2010; Santana, Carballo, Verdeja y Fleitas, 2006). Otros estudios describen las prácticas sexuales y las conductas de riesgo relacionadas con la anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual, principalmente en la adolescencia (Gómez y Cogollo, 2011; Leyva, Sosa, Guerra, Mojena y Gómez, 2011). Por otra parte, existen diversos autores que se centran específicamente en el estudio del embarazo adolescente, considerando diversas perspectivas. Algunos de ellos indagan la propensión a ser madre en la adolescencia, teniendo en cuenta diversas variables, tales como lugar de residencia y de nacimiento de la madre, nivel de educación, edad y estado conyugal (Gogna, 2005; González Galván, 2000; Marcús, 2006; Pantelides y Binstock, 2007). Por su parte, Climent (2009) y Marcús (2006) describen los significados del embarazo adolescente desde la perspectiva de las jóvenes. A su vez, Alcalá Valle (2004) y Climent (2009) enfocan sus estudios en los estilos parentales educativos y en la calidad de las relaciones familiares, principalmente en la vinculación de la adolescente embarazada con su madre. Desde la perspectiva biomédica, Gogna (2005) indaga los riesgos perinatales del embarazo adolescente y las posibles consecuencias físicas. Desde la misma perspectiva, se encuentran varios estudios que abordan los riesgos físicos del embarazo en la adolescencia y las posibles patologías asociadas, como ser: enfermedades de transmisión sexual (Martínez, 2009) o neoplasias del cuello uterino (Tafurt, Acosta y Sierra, 2012), para mencionar algunos ejemplos. Además, existen varios trabajos dedicados al estudio de embarazos no deseados y a la interrupción voluntaria de mismo (Berer, 2000; Quintero, Ortiz, Ochoa, Consuegra y Oliveros, 2010), aspecto importante a tener en cuenta para el análisis de la mortalidad materna. Por su parte, autores como Marcús (2006) estudian el embarazo adolescente en grupos vulnerables y en sectores sociales de escasos recursos económicos, entendiéndolo como una forma de manifestación de la desigualdad social. En relación a las políticas públicas y a los diferentes tipos de intervenciones para propiciar el abordaje de la SSyR, se encuentran trabajos que evalúan y analizan políticas e intervenciones realizadas en diferentes territorios (Agudelo, 2009; del Castillo, Roth, Wartski, Rojas y Chacón, 2008; Ríos, 2008), los cuales suelen generar recomendaciones para mejorarlas. Finalmente, un área que no puede dejarse de destacar al estar en consonancia con las propuestas de la OPS y la OMS, es la línea de los estudios que abordan la problemática de la SSyR, las prácticas sexuales y las de anticoncepción haciendo énfasis en las dimensiones culturales implicadas, incluyéndose aquí trabajos relacionados con pueblos originarios (Betancourt y Pinilla, 2011; Feltri et. al., 2006; Gogna, 1998). Adicionalmente, también resulta relevante destacar la escasez de trabajos que abordan temáticas en el contexto de la SSyR a partir de las especificidades propias de los contextos rurales, algo que parece haber quedado por fuera de la mira de los investigadores, sin negar con esta la

existencia de algunas excepciones (véase Caballero, Leyva, Ochoa, Zarco y Guerrero, 2008; Castañeda, Ortega, Reyes, Segura y Morón, 2009). Finalmente, se torna importante destacar que desde el Instituto de Investigaciones Científicas (IDIC) de la Universidad de la Cuenca del Plata (UCP) se han implementado diversos proyectos de investigación que analizan el proceso salud-enfermedad-atención en contextos rurales. Es así como el proyecto implementado desde el 2011 al 2013 denominado Accesibilidad psicosociocultural al sistema de salud en pequeños productores agropecuarios de Corrientes y Misiones (Resolución Nº 169/11), indagó la problemática de la accesibilidad psicosocial y cultural al sistema sanitario en pequeños productores agropecuarios. Por su parte, el proyecto Embarazo adolescente y salud sexual y reproductiva en ámbitos rurales de la provincia de Misiones. Un abordaje psico-sociocultural (Resolución Nº 61/14), desarrollado en el período 2014-2015, focalizó en la dinámica de interacción y la circulación de información entre las adolescentes, sus madres y los equipos de salud del primer nivel de atención en relación a la temática de salud sexual y procreación responsable. Los resultados obtenidos han demostrado que la accesibilidad geográfica y administrativa cobra particular relevancia debido a las especificidades propias de las zonas rurales, sin embargo el foco de interés estuvo en comprender las características que cobra la accesibilidad psico-sociocultural de las poblaciones rurales al sistema de salud.

Por otra parte, la investigación que se focalizó en el abordaje de la salud sexual y reproductiva en los contextos rurales, analizó como en los contextos de vulnerabilidad y pobreza es más probable que las jóvenes y adolescentes desarrollen a través de la maternidad su rol social. Aunque esta situación no es específica de los contextos rurales, se podría pensar que la falta de oportunidades de formación y desarrollo favorecería que las jóvenes y adolescentes desarrollen su rol social a través de los significados construidos sobre el "ser madres" (D´Amore, González Cowes, Logiovine, 2015).

1.4. Marco referencial teórico

La presente investigación se sustenta en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) planteados en la Declaración de Alma Ata (1978) y reafirmados en la Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas (2007). Estos principios corresponden a: 1) la accesibilidad de la población al sistema sanitario, 2) la cobertura universal en función de las necesidades de la población, 3) la organización y acción intersectorial para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado, 4) la acción intersectorial entre las organizaciones de salud y las políticas vigentes, y 5) el desarrollo de tecnologías adecuadas en función de los recursos disponibles. Ahora bien, estos principios fueron reafirmados y ampliados por la Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, incorporando los siguientes: 6) dar respuesta a las necesidades de la población, 7) la orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuenta de los gobiernos, 8) justicia social y sostenibilidad (OPS/OMS, 2007). La Atención Primaria de la Salud puede ser definida como una Estrategia que concibe integralmente los procesos de salud-enfermedadatención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud (Gómez, Rubio, Auchter y Waynsztock, 2010). 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 (Declaración de Alma Ata, 1978). Dicha Estrategia propone una clasificación de los niveles de atención de tipo técnica y administrativa, definiendo objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación y su nivel de complejidad. Las unidades productores de servicio se deberían articular como red prestacional de eslabones de complejidad creciente. Ello implica una asignación racional de los recursos que permita a toda la población acceder a la atención de la salud oportuna, igualitaria e integral, lograda a través de una mayor eficiencia en el uso y distribución de los recursos (Ase y Burijovich, 2009).

Es así como la atención de la salud se organiza en tres niveles diferentes: a) Primer Nivel de Atención: el cual abarca a los servicios que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud (CAPS, Unidades Sanitarias, Salas de primeros auxilios, CICs); b) Segundo Nivel de Atención: se trata de instituciones de salud con internación en servicios básicos, Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos (Hospitales Generales, Regionales y Maternidades); c) Tercer Nivel de Atención: comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieran mayor tecnología y aparatología.

Ahora bien, lo que nos compete en este caso en particular es la implementación de la legislación y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el primer nivel de atención, es decir, en los Centros de Atención Primaria y los Hospitales de Nivel I, ya que estos constituyen "la puerta de entrada" al sistema sanitario; allí es donde se realiza la asistencia sanitaria básica, puntualizando las acciones de promoción y protección de la salud, control y detección temprana de enfermedades. Puede además contar con servicios de internación para la atención de pacientes de bajo riesgo. Es en el primer nivel en donde las prácticas de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva se tornan primordiales, y en particular el PSSyPR cumple su función específica, ya que es en este nivel en donde se procura el mayor acceso de la población a la atención, información y orientación sobre los cuidados y métodos anticonceptivos, entre otros temas.

Es prioridad conocer los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos que son reconocidos por la legislación Argentina a través de la Ley Nacional N° 25.673, la cual en su artículo primero crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud Pública de la Nación, a través del Decreto reglamentario N° 1.282 del año 2003. La provincia de Misiones adhiere a esta ley a través de la ley

provincial N° 4494 sancionada en Octubre de 2009, fundando el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Provincia de Misiones. En esta ley aparecen como principales beneficiarios las familias y parejas, expresando también la preocupación por el alto número de embarazos adolescentes.

Los objetivos principales propuestos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable consisten en 1) promover la salud sexual de los adolescentes, 2) prevenir embarazos no deseados, 3) garantizar el acceso de toda la población a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios,4) disminuir la mortalidad materno-infantil y 5) potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable.

La Ley N° 25.673 reconoce como derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres y varones; adultas/adultos y adolescentes los siguientes derechos:

- ✓ Derecho a disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, sin coacción o violencia.
- ✓ Derecho a ejercer su preferencia sexual libremente y sin sufrir discriminación, ni violencia.
- ✓ Derecho a elegir si tener o no tener hijos y con quien tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos.
- ✓ Derecho a la atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Derecho a obtener información y orientación clara, completa y oportuna sobre su salud sexual y reproductiva, expresada en términos sencillos y comprensibles.
- ✓ Derecho a elegir el método anticonceptivo que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones.
- ✓ Derecho a acceder a los métodos anticonceptivos en forma totalmente gratuita.
- ✓ Derecho a la preservación de la intimidad, a la igualdad y a la no discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el derecho a la planificación familiar como un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país. Es así como todas las personas tienen derecho a acceder a la información, la educación y a los servicios vinculados con la salud sexual y reproductiva. En Misiones, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados. Dicho programa realiza consejería e información en Salud Sexual y Reproductiva, entrega gratuita de métodos anticonceptivos (preservativos, inyectables, orales y dispositivos intrauterinos), asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud y seguimiento individual de los usuarios del servicio.

La salud sexual y reproductiva cobra relevancia tanto en el diseño de políticas sanitarias como así también en el ámbito educativo. Es así, como en octubre 2006 se sanciona y promulga la Ley 26.150, creándose el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, que establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Entendiéndose por educación sexual integral: "la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y ético" (Ley 26.150). El Programa tiene su dependencia en el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, creándose con la finalidad de cumplir en los establecimientos educativos las disposiciones específicas de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley 23.849, de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño; Ley 23.179, de Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que cuentan con rango constitucional; Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y las leyes generales de educación de la Nación.

Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

- ✓ Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- ✓ Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- ✓ Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- ✓ Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- ✓ Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

En diciembre del 2007 se sanciona y promulga la Ley 4.410 de Educación Sexual de la Provincia de Misiones, estableciendo la enseñanza obligatoria, sistemática y gradual de la Educación Sexual Integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, dependientes del Consejo General de Educación y del Ministerio de Cultura y Educación de la Provincia, en todos sus niveles (Ley 4410).

Más allá de las normativas vigentes en materia de Salud Sexual y Reproductiva y de Educación Sexual Integral, hoy en día, luego de haber cumplido más una década de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, la aplicación de las normas tanto en materia de salud como en educación se torna una tarea complicada por diversos motivos.

Con respecto a la implementación del PSSyPR en el primer nivel de atención, se torna primordial comprender a la Accesibilidad como uno de los principios más importantes sustentados por la estrategia de APS. Este principio destaca la importancia de considerar el acceso real (accesibilidad) de la población al sistema de salud, comprendida como la posibilidad de acceder a los servicios de salud cuando son necesarios. Como señalan

diversos autores (Comes et al., 2007; Comes y Stolkiner, 2005; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008), la accesibilidad puede ser de tipo geográfica, financiera administrativa y cultural, tornándose cada una de ellas en posibles barreras cuando dificultan u obstaculizan el acceso de la población a la asistencia sanitaria. Es así como las barreras se clasifican en: a) geográficas, correspondientes a la distancia existente entre los beneficiarios y los servicios de salud, b) económicas, correspondientes al costo que implica para los usuarios el traslado hasta el centro de salud o la compra de medicamentos, c) administrativas, comprendidas como los obstáculos burocráticos que dificultan la distribución y la administración de los recursos, como ser los horarios y requisitos para brindar atención, y finalmente, d) culturales, referidas a las diferencias existentes a nivel cultural entre los profesionales y los usuarios. En lo que respecta a la Salud Sexual y Reproductiva no podemos dejar de tener en cuenta las barreras con las que se encuentra la población para la accesibilidad al sistema de salud, siendo de mayor interés profundizar el estudio de las barreras culturales, o mejor dicho, psico-socio-culturales (Landini, González Cowes y D'Amore, 2014; D'Amore, González Cowes y Logiovine, 2015), comprendidas como las diferencias entre las creencias, los modos de vida y las costumbres entre los agentes de salud y las adolescentes, específicamente en lo referido a las prácticas de SSyR. Siendo estas barreras las que dificultan la accesibilidad de la población en lo que respecta a las prácticas preventivas y asistenciales en materia de Salud Sexual y Reproductiva, por ejemplo en los tabúes que puedan tener tanto los profesionales como los técnicos sobre la sexualidad, los mitos y creencias en relación a los métodos anticonceptivos "si son gratuitos no sirven", "en la primer relación sexual no te quedás embarazada", la utilización de "métodos caseros" para evitar embarazos no deseados, etc. Es en este punto, en donde se destaca la importancia de la presente investigación, ya que los conocimientos generados en la misma serán potencialmente útiles tanto para las organizaciones y los servicios de salud como para los municipios del área de estudio, posibilitando repensar acciones que permitan mejorar la accesibilidad de la población al sistema sanitario, mejorar las prácticas de prevención y cuidado, así como también las oportunidades de Salud Sexual y Reproductiva.

Además, se opta por el encuadre teórico-valorativo de la Psicología Comunitaria, entendida como sub-disciplina centrada en el estudio de los fenómenos psicosociales de nivel comunitario (Montero, 2004), orientada a la intervención y al cambio social (Sánchez Vidal, 1991). Desde esta perspectiva, se considera al individuo como un actor social constructor de su propia realidad (Montero, 1991), que desarrolla en forma conjunta con los otros individuos capacidades y recursos para controlar y mejorar sus condiciones de vida, transformando su entorno según sus necesidades y aspiraciones, logrando de esta manera una transformación sobre sí mismos (Montero, 2003). La psicología comunitaria, postula como premisa principal la participación activa de la comunidad y la promoción de comunidades autogestoras para la resolución de sus problemas (Montero, 2004). Es así como esta investigación considera que al comprender las dificultades y obstáculos con los que se encuentran las mujeres usuarias para acceder al sistema sanitario y recibir así asistencia e información en materia de salud sexual, se pueden elaborar estrategias específicas, considerando las características, los intereses y las particularidades tanto de este grupo social como del ámbito específico, es decir el ámbito rural.

1.5. Objetivo general

Analizar y describir la implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, derivado de la Ley N° 25.673 en los CAPS y Servicios de Nivel I en los municipios de Cerro Azul y Dos Arroyos del departamento de Leandro N. Alem, provincia de Misiones.

1.6. Objetivos específicos

- 1) Identificar los perfiles de las usuarias del servicio público de salud en relación con la edad, escolaridad, lugar de residencia, nivel socioeconómico percibido, estado civil y el conocimiento de los beneficios brindados por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, la utilización del servicio y el grado de satisfacción de las mujeres sobre la asistencia recibida.
- 2) Identificar y describir el conocimiento que tiene el equipo de salud y la población sobre la legislación, el Programa y las acciones de Salud Sexual y Reproductiva que se llevan adelante en este contexto.
- 3) Describir las prácticas del equipo de salud que se realizan en el marco del programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en los CAPS y servicios de Nivel I, en los municipios de Cerro Azul y Dos Arroyos, provincia de Misiones.

1.7. Supuestos/ Hipótesis

La presente investigación es de tipo cualitativa, lo cual significa que procura generar datos descriptivos considerando las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y sus conductas observables (Taylor y Bodgan, 1987). Según Vasilachis de Gialdino (2006), no existe una única manera de definir a la metodología cualitativa, ya que la misma depende de cual sea el enfoque que sostiene y la tradición seleccionada. Sin embargo, podemos decir que la investigación cualitativa estudia situaciones naturales, intentando dar sentido e interpretar los fenómenos desde los propios

significados que las personas les otorgan, a través del estudio y la recolección de material empírico.

En contraste con los estudios cuantitativos en donde las hipótesis y los procedimientos están determinados a priori, la investigación cualitativa presenta a un diseño flexible, tanto previo como durante el proceso de investigación, en donde los investigadores entran al campo sin una hipótesis definida o preconceptos específicos (Taylor y Bodgan, 1987). Es por este motivo que siguiendo con los principios de la investigación cualitativa el presente estudio no parte de la formulación de una o más hipótesis, sin embargo se pueden considerar los siguientes supuestos:

- 1) Los profesionales y técnicos que implementan el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable enfrentan una serie de dificultades para poner en práctica y para articular las propuestas del Programa con el contexto territorial y cultural.
- 2) Existen obstáculos que dificultan el acceso de las usuarias a la información, atención y consejería brindada por el sistema público de salud en materia de SSyR, algunas de las cuales se relacionan con las particularidades de las condiciones de vida de las poblaciones rurales.

1.8. Diseño metodológico

La presente investigación corresponde a un estudio empírico con metodología cualitativa y de carácter explotarorio-descriptivo (Montero y León, 2007; Sampieri, 1997). Se considera de tipo cualitativo, ya que se basa en un diseño de investigación flexible que permite desarrollar conceptos, intelecciones y comprensiones de los sujetos participantes partiendo de las pautas identificadas en los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas (Taylor y Bogdan, 1987). La elección particular de este tipo de estudio se debe a que en los mismos se producen datos descriptivos partiendo de lo que las propias personas dicen y hacen, comprendiéndolas dentro del marco de referencia en donde se encuentran insertas. De esta manera la metodología cualitativa es la que mejor se adapta a las características propias de la presente

investigación. Además, corresponde a un estudio de tipo *exploratorio-descriptivo* (Sampieri, 1997), ya que no se encuentran antecedentes de estudios de características similares realizados en contextos rurales, lo cual destaca la originalidad del tema y su abordaje desde una perspectiva psicosocial.

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados, se realizaron entrevistas semiestructuradas a dos grupos de actores sociales diferentes, por un lado los equipos de salud de los servicios del Nivel I (CAPS Santa Rosa, CAPS Km 26, CAPS Nº 38, CAPS Dos Arroyos y Hospital de Nivel I Cerro Azul), conformados por profesionales (Médicos, Lic. en Enfermería) y técnicos (agentes/promotores de salud y técnicos auxiliares en enfermería). El otro grupo que conforma la muestra son las mujeres usuarias de los servicios de salud, residentes de las localidades de Cerro Azul y Dos arroyos.

Con respecto a las cantidades, se administraron un total de 20 entrevistas semiestructuradas, distribuidas de la siguiente manera: 10 entrevistas semiestructuradas han sido administradas a los profesionales y técnicos de la salud, planteando diversos ejes temáticos, como ser: conocimiento del PSSyPR, acciones y prácticas realizadas en el relación a la salud sexual y reproductiva, obstáculos identificados en la implementación del programa y estrategias/propuestas de mejora implementadas por los equipos sanitarios.

Además, se han administrado 10 entrevistas semiestructuradas a las mujeres usuarias de los diversos servicios. Dichas entrevistas han sido realizadas en las salas de espera de los centros de salud, mientras las mujeres esperaban ser atendidas por los respectivos médicos de los servicios.

La muestra es de carácter incidental, habiendo respetando los criterios de inclusión detallados a continuación:

Criterios de inclusión en la muestra referida al equipo de salud:

- (1) Trabaja como profesional/técnico de la salud en el sistema público.
- (2) Posee título académico de nivel universitario y/o terciario otorgado por una Universidad o por el Ministerio de Salud Pública, vinculado con la tarea que realiza.

(3) Atiende a la población que asiste a los servicios del Nivel I de la zona.

Criterios de inclusión en la muestra referida a las usuarias:

- (1) Ser mujer de 14 años o más.
- (2) Haber asistido por lo menos 2 veces en los últimos 6 meses al Centro de Salud y/o Hospital de Cerro Azul.

Se optó por focalizar en las mujeres, tanto adolescentes como adultas, y no en los varones (parejas masculinas y/o padres) por tres razones:

- 1. La legislación actual garantiza a toda la población el derecho a acceder a la información, métodos y prestaciones de los servicios de SSyR, pero prioriza el rol de las mujeres en lo que hace a la toma de decisiones referentes a la salud sexual, la anticoncepción y la procreación responsable (Ley Nº 25.673).
- 2. Dada la condición de género de la investigadora y al carácter 'tabú' que suele tener la temática relacionada a la sexualidad, el embarazo y la planificación familiar, se consideró más probable obtener información de las mujeres que de las figuras masculinas.
- 3. En el trabajo de campo realizado previamente en la zona, se han intentado realizar entrevistas a las parejas (principalmente adultas), sin embargo por las características más bien tradicionalistas y la condición de género de la investigadora, la figura masculina se mostró en parte reticente, avergonzado o reacio en las entrevistas, motivo por el cual se decidió focalizar en las mujeres, adolescentes y adultas.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante un proceso de reflexión crítica en torno al material recolectado, tomando como referencia la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), la cual a través del muestreo teórico (Glaser y Strauss, 1967) permite realizar la recolección, selección, codificación, comparación y el análisis de los datos de manera simultánea.

Además, se utilizó como soporte tecnológico el uso del software Atlas-Ti, para la organización del material obtenido.

A modo de descripción, se torna útil detallar los momentos que ha tenido el proceso de la investigación para comprender como se ha realizado la recolección del material y se ha arribado a los resultados obtenidos.

En un primer momento, se planificaron los primeros acercamientos a campo con la finalidad de realizar un relevamiento de las comunidades seleccionadas y conocer sus principales características. Este período consistió en el trabajo de campo realizado de mayo a diciembre 2012, en el cual se han administrado 10 entrevistas semi-estructuradas a los pobladores de la zona y a referentes institucionales, como ser técnicos del INTA (Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria), Intendente de Dos Arroyos, médicos y técnicos de los CAPS, pequeños productores y docentes rurales. El material obtenido en estas entrevistas no ha sido analizado en el marco de la presente tesis de maestría, ya que los instrumentos de recolección no estaban diseñados en base a los ejes y objetivos de la tesis, pero si ha servido como referencia para el conocimiento del contexto y de las especificidades de las comunidades a trabajar (Cerro Azul y Dos Arroyos).

En un segundo momento, correspondiente al período marzo 2013 - noviembre 2014, se administraron las 20 entrevistas correspondientes a la tesis de maestría. En un primer momento se procedió a entrevistas a los equipos sanitarios, realizando 3 entrevistas a promotoras/agentes sanitarias, 4 entrevistas a auxiliares de enfermería y 3 entrevistas al personal médico. Luego, en lo que respecta al trabajo de campo, se realizaron las entrevistas a las usuarias de los centros de salud, administrando 5 entrevistas individuales y 1 entrevista grupal en el CAPS Santa Rosa. Cabe aclarar que todas las entrevistas han sido administradas, grabadas y desgrabadas por la maestranda.

Paralelamente a la administración de las entrevistas, se procedió con el desgrabado de las 20 entrevistas. Luego, con el soporte tecnológico del

software Atlas.Ti, se procedió al armado de la Unidad Hermenéutica de trabajo y a la categorización de las entrevistas.

Al momento de analizar el material se identificaron las principales categorías de análisis estableciendo dos tipos diferenciados de categorías, a) categorías teóricas, las cuales fueron establecidas a priori considerando los aportes conceptuales trabajados en el marco teórico y en los antecedentes, en este grupo también podemos incorporar las categorías derivadas directamente de los objetivos, las cuales también fueron establecidas previamente en relación a cada uno de los objetivos específicos planteados; b) categorías empíricas, las cuales fueron surgiendo a medida que se iba analizando el material, pero que no habían sido consideradas a priori.

Las categorías teóricas de mayor presencia en el material analizado son:

- ✓ Conocimiento del PSSyR y de la legislación y políticas relacionadas.
- ✓ Administración de los recursos del PSSyR.
- ✓ Prioridad de las mujeres en las prácticas de SSyR y planificación familiar.
- ✓ Promotores de salud como mediadores entre el sistema de salud y las mujeres usuarias.
- ✓ Barreras en la accesibilidad al sistema público de salud: administrativas, geográficas, económicas, y psico-socio-culturales.
- ✓ Estrategias técnico-profesionales implementadas por los agentes de salud.
- ✓ Madres como transmisoras del saber en relación a la sexualidad y sus cuidados.

<u>Las categorías empíricas</u> identificadas y de mayor presencia en el material <u>son:</u>

- ✓ La representación social de un actor social sobre otro actor social.
- ✓ Diferencias de género en relación a la salud sexual y la anticoncepción.
- ✓ Concepciones y prácticas relacionadas con el uso del preservativo

masculino.

- ✓ Mitos, miedos y experiencias relacionados con el uso del DIU.
- ✓ Vínculos entre saberes técnicos y populares en relación a SSyR.
- ✓ La sexualidad comprendida como "tabú".
- ✓ Tradiciones, creencias y hábitos en relación a la sexualidad en el contexto de las distintas generaciones.
- ✓ Relación Asignación Universal por Hijo y embarazo adolescente.
- ✓ Rol activo de las madres y abuelas en el cuidado de los bebés de las adolescentes.
- ✓ La amenaza y el miedo como estrategias preventivas implementadas por los agentes de salud.

Luego del establecimiento de las categorías, se agruparon las mismas considerando el núcleo temático al cual hacían referencia y los objetivos, tanto general como específico, al cual respondían. Posteriormente, se organizó el material en apartados y capítulos, los cuales fueron planificados de manera tal de responder a los objetivos específicos y los ejes temáticos propuestos, siendo estos: 1) Perfil de las usuarias; 2) Conocimiento del PSSyPR; y 3) Prácticas realizadas por los equipos sanitarios y por las usuarias vinculadas a la SSyR. Luego, prosiguiendo luego con la escritura de la tesis, se realizó la discusión de los resultados, en donde se analizaron los mismos a partir del marco conceptual propuesto. Finalmente, se realizaron las conclusiones principales y se agregaron los anexos (modelos de entrevistas y registro fotográfico).

1.9. Aspectos éticos

Respecto a las pautas éticas, se torna necesario explicitar que se ha respetado la confidencialidad de los informantes y del material obtenido, evitando utilizar información que pueda indicar su identidad, tanto en el proceso de investigación como en la posterior elaboración de resultados. Además, otro aspecto ético relevante corresponde al establecimiento del consentimiento informado previo a la administración de las entrevistas. Por

decisión de la investigadora, el mismo ha sido de carácter verbal, explicitando el uso puramente académico que tendrá la información detallada y el establecimiento de la confidencialidad sobre la información brindada por los informantes. El carácter verbal del consentimiento informado se debe a que, muchas veces, el consentimiento escrito puede generar desconfianza y malestar en los entrevistados, ya que estos suelen asociar el compromiso personal a la palabra, mientras que la firma de documentos tiende a ser vivida como un hecho formal que implica riesgo de abuso o expropiación por parte de quien solicita la firma. Además, es importante aclarar que en el caso de las adolescentes menores de 18 años, además de a ellas, se le solicitó a la madre, el padre o a un adulto mayor responsable su autorización de modo verbal para llevar a cabo las entrevistas.

CAPITULO 2

DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

2.1. Contextualización de la zona

El ámbito de la investigación comprende los municipios Cerro Azul y Dos Arroyos del departamento de Leandro N. Alem de la provincia de Misiones. La elección de estos municipios se debió a que se trata de una zona con alto porcentaje de población rural, aproximadamente 51% con predominio de patrón rural disperso, cuya economía depende en buena medida de la pequeña agricultura familiar. Además, en Cerro Azul se asienta una Estación Experimental del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), cuyas autoridades han brindado el apoyo necesario para acceder a la población rural, además de la orientación necesaria sobre la ubicación y el funcionamiento de los centros de salud y hospitales de la zona.

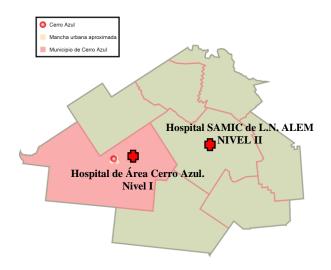
Por otra parte, como ya se ha dicho anteriormente, desde el Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad de la Cuenca del Plata se han llevando a cabo diversos proyectos de investigación en el área desde el año 2011, del cual he formado parte como docente/investigadora. La participación activa en dichos proyectos ha favorecido el acceso a la población y a las instituciones en donde se ha realizado la tesis de maestría, lo cual permitió realizar un trabajo arduo y complejo tanto para la toma del material como para en el análisis del mismo, ya que el conocimiento previo sobre la zona trabajada y los servicios de salud ha permitido comprender la dinámica de los mismos y facilitado el acceso a la población.

El siguiente mapa de la provincia de Misiones muestra la ubicación de la localidad de Leandro N. Alem, departamento en el cual se encuentran los municipios de Cerro Azul y Dos Arroyos.



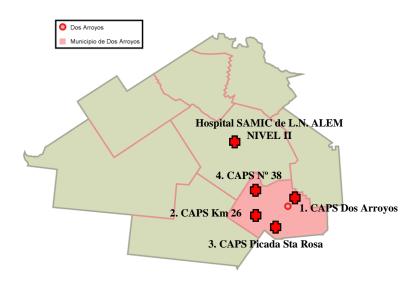
B.1. Mapa de la provincia de Misiones

A modo de referencia, se torna importante mencionar que el municipio Cerro Azul corresponde a la segunda localidad más poblada del departamento de Leandro N. Alem, contando con una población de 5.323 habitantes (INDEC, 2001) o 5.854 habitantes (IPEC, 2010). El mismo se encuentra a 60 km de distancia de la ciudad de Posadas, capital de la provincia de Misiones, y aproximadamente a 22 km. del municipio de Leandro N. Alem capital. Las actividades económicas que caracterizan al distrito son el cultivo de la yerba mate, tabaco, caña de azúcar, horticultura y fruticultura, ganadería, elaboración de dulces, conservas y vinos, artesanía, carpintería y trabajos ligados a la explotación de la madera blanda.



B.2. Mapa del municipio Cerro Azul y hospitales zonales

A su vez, el municipio Dos Arroyos cuenta con una población de 3.079 habitantes (INDEC, 2001) o 2.894 habitantes (IPEC, 2010), y se encuentra aproximadamente a 97 km de la Ciudad de Posadas y a 15 km del municipio Leandro N. Alem capital. La actividad principal de los residentes de la comuna es la agricultura, con cultivos de té, yerba mate, cítricos, caña de azúcar, reforestación y en menor medida, ganadería.



B.3. Mapa del municipio Dos Arroyos y CAPS zonales

La zona en donde se realizó la presente investigación cuenta con cuatro Centros de Atención Primaria (CAPS) y un Hospital de Área. Todos estos servicios corresponden al Nivel I, teniendo como referencia de mayor complejidad el Hospital SAMIC de Leandro N. Alem, siendo éste un Hospital de Autogestión de Nivel II.

En la localidad de Cerro Azul se encuentra un Hospital de Área de Nivel I, el cual atiende a la población tanto urbana como rural. En la localidad de Dos Arroyos se encuentran cuatro Centros de Atención Primaria de la Salud, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

- 1) CAPS Dos Arroyos, ubicado en el centro de la localidad, el cual atiende principalmente a los pobladores residentes de la localidad de Dos Arroyos, y en menor medida a la población rural de la zona.
- 2) CAPS Km 26, Ubicado sobre la ruta Nº 4, municipio de Dos Arroyos, a 23 km del municipio de Leandro N. Alem. En este centro se atiende principalmente a la población rural de la zona.
- 3) CAPS Santa Rosa. Ubicado en la picada Santa Rosa, municipio de Dos Arroyos, a 10 km de distancia de la ruta Nº 4 y a 20 km del municipio de Leandro N. Alem. Este centro se encuentra ubicado dentro de una colonia rural, por lo tanto su población es principalmente rural.
- 4) CAPS N° 38. Ubicado sobre la ruta N° 4, corresponde al municipio de Leandro N. Alem y se encuentra a 5 km de distancia del mismo. Este centro atiende tanto a la población urbana que reside sobre la ruta y en zonas aledañas a L.N. Alem, como a la población rural cercana. Vale aclarar que su área programática no corresponde a Dos Arroyos, sino a Leandro N. Alem, debido a la cercaría con dicha ciudad, sin embargo debido a la población usuaria que se asiste (tanto urbana como rural), resulta importante tomarlo como parte de los servicios para la presente investigación ya que tanto su población como el equipo sanitario que atiende en el mismo no se superpone con los de los servicios que si tienen como área programática a la localidad de Dos Arroyos.

2.2. <u>Descripción de los servicios</u>. <u>Principales consultas</u>, recursos disponibles y características específicas

Como se ha detallado anteriormente, el trabajo de investigación se ha llevado a cabo en cuatro Centros de Atención Primaria y un Hospital de Nivel I, todos con la característica de asistir a la población tanto urbana como rural de los municipios de Cerro Azul y Dos Arroyos. A continuación, se realizará una descripción de cada uno de los servicios, teniendo en cuenta su ubicación geográfica, la población a la cual asiste, las principales consultas que recibe y los recursos humanos con los cuenta; a modo de presentar un panorama de las prácticas sanitarias realizadas en el primer nivel de atención, para luego profundizar con las prácticas de salud sexual y reproductiva, anticoncepción, maternidad y embarazo.

El CAPS Km 26 se encuentra ubicado sobre la ruta provincial Nº 4, formando parte del municipio de Dos Arroyos. Hay una distancia de 23 kilómetros entre el centro de salud y el municipio de Leandro N. Alem, en donde se encuentra el hospital de mayor complejidad de la zona, es decir el Hospital Samic de Leandro N. Alem – Nivel II. La mayoría de los partos de la zona se llevan a cabo en dicho hospital, ya que el mismo corresponde al hospital de referencia en lo que respecta a la atención materno-infantil. El CAPS Km 26 atiende principalmente a la población rural de la zona. Su área programática abarca varias zonas aledañas, como ser Picada 25 de Mayo, Cerro López, Km 26 y Cerro Unión. Según los registros del CAPS, son aproximadamente más de 1.000 personas las que se atienden en el centro de salud, sin embargo las estadísticas mensuales indican que se realizan alrededor de 300 consultas por mes.

Según la información brindada por el personal del CAPS, las principales consultas realizadas están asociadas a enfermedades infecciosas, las cuales varían según la época del año. En el verano son más características las gastroenteritis y parasitosis, y en invierno las enfermedades respiratorias. Además, una actividad prioritaria del centro de salud se basa en el control pediátrico, la medición de la talla y el peso, y el seguimiento de los casos de

niños inscriptos en los programas sanitarios (Hambre Cero, SUMAR). Los recursos humanos que trabajan en el CAPS son: una enfermera auxiliar, una promotora de salud y un médico generalista que realiza prácticas de medicina general, asistencia pediátrica, controles en el embarazo, etc. Durante un tiempo hubo un médico pediatra que asistía una vez por semana en una sola franja horaria, pero actualmente éste no trabaja más en este CAPS. Como se pudo observar, la presencia de profesionales médicos en las zonas rurales no es constante, siendo el médico generalista el único profesional que se encuentra en la zona realizando tareas tanto de medicina general como de pediatría y ginecología. La cobertura sanitaria se encuentra prefijada con días y horarios específicos, principalmente debido a la falta de recursos humanos, ya que es el mismo médico quien debe brindar asistencia en tres Centros de Salud diferentes (CAPS Dos Arroyos, CAPS Santa Rosa y CAPS Km 26).

Otro de los centros de atención en donde se llevó a cabo la presente investigación es el CAPS Dos Arroyos. El mismo se encuentra ubicado en el centro del municipio, del cual se desprende su nombre. En este se atiende principalmente a los pobladores residentes del municipio Dos Arroyos, y en menor medida a la población rural. Se encuentra ubicado a 18 kilómetros de distancia de la localidad de Leandro N. Alem y del Hospital de Nivel II más cercano. El área programática que abarca corresponde a Dos Arroyos Centro, parte de la picada Santa Rosa y varias colonias aledañas. Los profesionales y técnicos con los que cuenta son: una enfermera, cuatro promotoras de salud y, como se dijo anteriormente, el mismo médico generalista que rota por los diversos servicios. Según los registros estadísticos, se realizan aproximadamente 300 consultas mensuales, las cuales varían entre las consultas pediátricas, adultas y de vacunación. La cantidad de historias clínicas del CAPS indican que son aproximadamente 2.000 personas las asistidas en el servicio, lo cual influiría en la cantidad de promotoras de salud que trabajan en el mismo, debido a que para poder cubrir la zona se ha dispuesto mayor cantidad de éstas que en los otros centros.

Por su parte, el CAPS Santa Rosa se encuentra ubicado en la picada Santa Rosa, municipio de Dos Arroyos, a 10 km de distancia de la ruta Nº 4 y a 20 km del municipio de Leandro N. Alem. Este centro se encuentra ubicado dentro de una colonia rural, por lo cual su población usuaria es principalmente rural, conformada por las familias de pequeños productores agropecuarios. Su área programática abarca las zonas de la Picada Santa Rosa, Picada 25 de Mayo, Arroyo 25, Picada Verde y Picada Naranja. Los recursos humanos con los que cuenta son: una auxiliar de enfermería, que al vivir al lado del CAPS se encarga de la asistencia constante en lo que respecta a controles de presión arterial, vacunación, control de talla y peso a niños, entre otras. La asistencia médica es brindada por el mismo doctor que rota por los CAPS Km 26 y CAPS Dos Arroyos, pero con la diferencia que al CAPS Santa Rosa solamente asiste una vez a la semana, siempre y cuando haya disponibilidad de un móvil de salud pública o del municipio que pueda hacer que llegue al CAPS, ya que los caminos por los cuales debe ingresarse son de tierra, con dificultades para ser transitados como desprendimiento de rocas y el atravesamiento de arroyos, volviéndose intransitables, principalmente en los días de lluvia. También cuenta con la presencia de una promotora de salud, que asiste específicamente el día y horario en que asiste el médico generalista, a modo de facilitar la asistencia en ese momento. Este CAPS en particular cuenta con la presencia de un Lic. en Nutrición que asiste dos veces al mes, principalmente para llevar un control y seguimiento de los niños que se encuentran inscriptos en los programas socio-sanitarios (Plan Nacer, Plan Hambre Cero).

El cuarto centro de atención en donde se llevó a cabo el trabajo de investigación corresponde al CAPS Nº 38, ubicado sobre la ruta provincial Nº 4. El mismo corresponde al municipio de Leandro N. Alem y se encuentra a una distancia de 5 kilómetros de la ciudad de L.N. Alem. Este centro atiende tanto a la población urbana que reside sobre la ruta y en zonas aledañas a L.N. Alem, como a la población rural cercana, específicamente aquellos que residen en los kilómetros 35, 37, 38 y 40. La importancia de tomar este CAPS en la investigación reside principalmente

en que los recursos humanos con los que cuenta no son los mismos recursos humanos con los que cuentan los tres centros anteriormente descriptos. Este centro se caracteriza por tener más recursos que los anteriores, habiendo tres auxiliares de enfermería y tres promotores de salud. Además, cuentan con la asistencia de 2 médicas, una se encarga de la atención a adultos y los controles ginecológicos, y la otra atiende principalmente consultas pediátricas. Además, también cuentan con la asistencia de una Lic. en Nutrición y una Lic. en Trabajo Social, las cuales concurren quincenalmente. Las principales consultas están vinculadas a la asistencia pediátrica, el control del calendario de vacunación, control de talla y peso, primeros auxilios, controles periódicos en el embarazo, entrega de anticonceptivos, entre otras.

Finalmente, el último servicio de salud considerado para la presente investigación es el Hospital de Área de Cerro Azul. Dicho hospital es de Nivel I, contando con un equipo de salud amplio y diverso. En este servicio se atiende principalmente a la población de la localidad de Cerro Azul, que según datos formales cuenta con una población de 5.854 habitantes (IPEC, 2010). Los recursos humanos con los que cuenta son 10 enfermeros, siendo la jefa de enfermería la responsable directa del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, debido a que tiene más de 20 años de trabajo en el Hospital. Cuenta con 5 médicos de diversas especialidades (2 médicos clínicos, 2 especialistas en ginecología, 1 pediatra). Además, también forman parte del plantel profesional un odontólogo, una bioquímica y 5 promotoras de salud que se encargan del relevamiento en terreno y del seguimiento de casos domiciliarios.

Resulta interesante comprender las particularidades de cada servicio, ya que estas nos muestran las diferentes posibilidades que se presentan al momento de pensar a la salud en los contextos rurales. En primera instancia, se torna visible la diferencia de recursos, tanto humanos como materiales, entre los servicios que se encuentran ubicados en las zonas rurales de aquellos ubicados en contextos más urbanizados. Esto puede deberse a diferentes cuestiones, por un lado a las mayores distancias que deben atravesarse para

poder acceder a los servicios ubicados en las zonas rurales, en las cuales se presentan diversos obstáculos como ser los caminos difíciles de transitar, ya sea por ser de tierra o por estar atravesados por ríos y arroyos, los cuales se tornan aún peores bajo condiciones climáticas desfavorables. Por otra parte, la escases de recursos humanos también se debe a que muchas veces los contextos rurales no ofrecen las mismas posibilidades y comodidades que las zonas urbanas, como la disponibilidad, el acceso y la cercanía a los servicios; motivos por los cuales algunos profesionales prefieren residir y trabajar en contextos más urbanizados. Sin embargo, salvo el personal médico que ha debido formarse académicamente en otro lugar, el personal técnico, ya sea del sector enfermería o los propios agentes sanitarios, corresponden a poblados de la zona que se han formado en los servicios aledaños (Hospitales, servicios de mayor complejidad), y se desempeñan brindando asistencia a sus propias comunidades. Esto presenta una doble ventaja, ya que su formación no implica un costo económico elevado, pudiendo realizarla en su lugar de residencia, y por el otro, el formar parte de la comunidad los habilita como referentes sanitarios, brindándoles legitimidad y confianza con la población usuaria.

Otro aspecto relevante a considerar corresponde a la cantidad de consultas mensuales contabilizadas en los servicios, las cuales influyen directamente en la disponibilidad de insumos y medicamentos. Esto se debe, principalmente, a que reciben los insumos de los diversos programas sanitarios vigentes, sin embargo para acceder a aquellos que otorgan más beneficios es requisito obligatorio sobrepasar las 300 consultas mensuales. Es así, como muchas veces los centros sanitarios rurales al no llegar a las 300 consultas deben establecer otras estrategias para obtener los insumos y medicamentos necesarios, siendo el conocimiento personalizado con los equipos de otros centros o el beneficio de contar con el mismo médico en diversos servicios, lo que posibilita que los medicamentos faltantes sean "prestados" o "donados" desde otro servicio que cuente con mayor disponibilidad.

Finalmente, una característica distintiva importante entre los servicios de salud relevados es la dependencia administrativa y gubernamental de cada uno. En este caso en particular, los centros de salud ubicados en las zonas rurales (CAPS Km 26, CAPS Dos Arroyos y CAPS Santa Rosa), dependen específicamente del municipio de Dos Arroyos. Los técnicos y profesionales que allí se desempeñan son contratados desde el municipio y, por lo tanto, tienden a ser los mismos los que rotan por estos servicios, ya que los recursos disponibles para la contratación del personal no alcanzarían para la incorporación de otros técnicos y/o profesionales.

En el caso del CAPS Nº 8, la diferencia entre los recursos tanto humanos como materiales disponibles en relación a los otros CAPS, se sustenta en que éste depende del Municipio de Leandro N. Alem, lo que le permite tener mayor disponibilidad de recursos humanos y materiales, ya que al ser Leandro N. Alem el departamento capital de la zona sur, cuenta con mayor capital para la distribución de recursos.

PARTE II

CAPITULO 3

PRESENTACION DE RESULTADOS

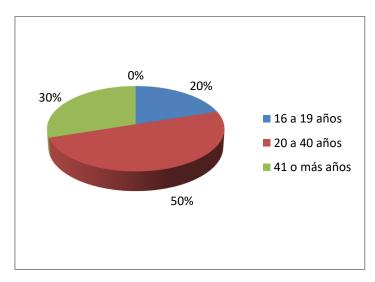
3.1. Delimitación del perfil de las usuarias

En el apartado correspondiente a los resultados se aborda el primer objetivo específico planteado en la presente tesis, el cual consiste en *Identificar los perfiles de las usuarias del servicio público de salud en relación con la edad, escolaridad, lugar de residencia, nivel socioeconómico percibido, estado civil y el conocimiento de los beneficios brindados por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, la utilización del servicio y el grado de satisfacción de las mujeres sobre la asistencia recibida.*

Para establecer el perfil de las usuarias se han administrado un total de diez entrevistas a mujeres que se encontraban en la sala de espera del CAPS Nº 38, CAPS Km 26 y CAPS Santa Rosa.

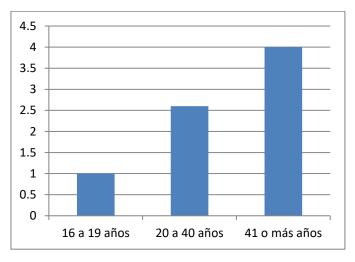
Las entrevistas realizadas en los dos primeros centros mencionados han sido administradas individualmente, mientras que en el CAPS Santa Rosa se ha tenido que realizar una entrevista grupal con 5 mujeres debido a que la misma había sido programada por la enfermera como una actividad grupal, habiendo dispuesto las sillas de la galería de la entrada al CAPS de forma circular y comunicado a las mujeres sobre la misma. Además, no se recurrió a cambiar esta modalidad porque las mujeres se encontraban con pudor y vergüenza ante las preguntas realizadas y el haber sido un grupo más numeroso les permitió responder sin mayores inconvenientes.

A continuación se presentarán los resultados obtenidos y analizados a través de diversos gráficos, a modo de poder visibilizar y comparar las características específicas las mujeres usuarias.



A.1. Rango etario de las entrevistadas

En relación a la edad, el rango etario prioritario corresponde a mujeres en edad fértil. Más allá de que el rango etario total de las entrevistadas abarca desde los 16 a los 50 años, se han considerado sub-rangos teniendo en cuenta: a) haber cumplido la mayoría de edad, ya que se considera embarazo adolescente a los casos de jóvenes que tengan 19 años o menos, b) edad fértil de la mujer, considerando el período que abarca desde los 20 a los 40 años, momento en el que comenzaría el cambio hormonal relacionado con la menopausia.



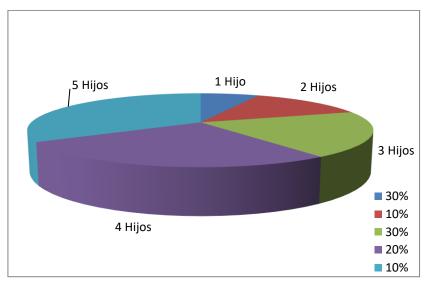
A.2. Cantidad promedio de hijos según rango etario

En relación a la cantidad de hijos, en este gráfico se observa que la mayoría comienza a tener su primer hijo antes de los 19 años, pudiendo definirse

como embarazos adolescentes. Durante todo el período fértil se continúa fecundando y dando a luz, generalmente con una diferencia de 2 o más años entre embarazo y embarazo, llegando así a tener hasta 5 hijos a lo largo de toda su vida. Esta información se puede analizar considerando que la mayoría de las entrevistadas han manifestado tener a sus primeros hijos antes de los 19 años.

Además, resulta interesante preguntarse cómo influyen las pautas transgeneracionales transmitidas desde sus abuelas y madres, es decir si esta pauta de fecundar antes de una determinada edad es habitual en ciertos grupos de mujeres con madres y abuelas que también han engendrado a estas edades o si es una cuestión actual de determinados grupos etarios.

El siguiente cuadro demuestra el porcentaje de mujeres entrevistadas según rango etario.

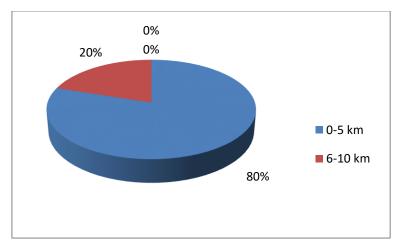


A.3. Cantidad de hijos

Si establecemos grupos según el porcentaje de hijos que tienen las mujeres, podemos ver que las que menos tienen solamente tienen uno (10%) o 2 hijos (20%), siendo estas a su vez las mujeres más jóvenes (14-19 años). El porcentaje mayor lo tienen las mujeres de más de 20 años, considerando que pasada esta edad ya los porcentajes son más similares, 30 % tienen 3 hijos, 20 % tienen 4 hijos y 30 % tienen 5 hijos. Aquí podríamos reforzar la pregunta realizada anteriormente de cómo influyen en la reproducción las

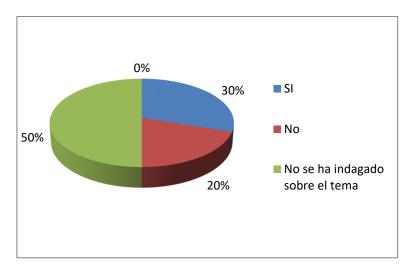
pautas socio-culturales aprendidas de generación en generación, considerando que muchas veces las abuelas y madres son modelos a seguir, siendo muchas veces ellas las que han nacido y constituido sus familias a edades similares.

Un dato importante relacionado con la accesibilidad de las mujeres a los centros asistenciales corresponde a las distancias que deben trasladarse para recibir asistencia médica. Generalmente, en los contextos rurales la distribución habitacional cobra características particulares, pudiendo encontrarse hasta kilómetros de distancia entre los vecinos más cercanos y/o instituciones. Es por ello que se han establecido diversos rangos a partir de lo expresado por las entrevistadas, sin embargo los mismos no son absolutos ya que han sido determinados a través de estimaciones posteriores a la realización de las entrevistas, por lo tanto tienen que ser considerados con cautela.



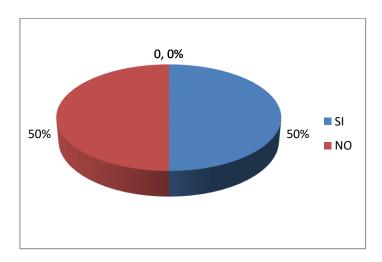
A.4. Distancia desde el lugar de residencia al CAPS

En cuanto a la información relacionada al conocimiento del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, se observa que son pocas las mujeres que manifiestan conocer el Programa, aunque no logran especificar que prácticas incorpora ni cuál es la especificidad del mismo.



A.5. Conocimiento del PSSyPR

Por otra parte, aunque solamente el 30 % manifiesta haber escuchado hablar del Programa. Al momento de indagar sobre el uso del mismo, el 50 % de las mujeres entrevistadas acceden a las prestaciones brindadas, pero desconociendo que se trata de un programa específico. Además, la mayoría de las mujeres refieren haber recibido uno o más de los beneficios que brinda que se detallan a continuación.



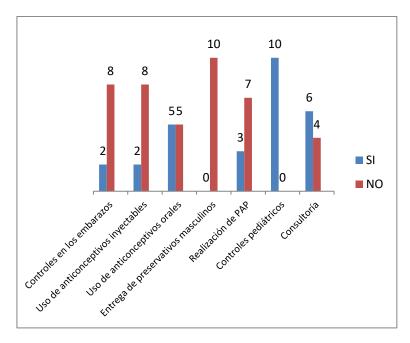
A.6. Utilización de los beneficios del PSSyPR

Entre las prácticas realizadas por las mujeres usuarias vinculadas con el PSSyPR, se reconocen principalmente a las siguientes:

Controles en el embarazo, 2) Uso de anticonceptivos inyectables, 3)
 Uso de anticonceptivos orales, 4) Entrega de preservativos masculinos, 5) Realización de PAP, 6) Controles pediátricos, 7)
 Consultoría.

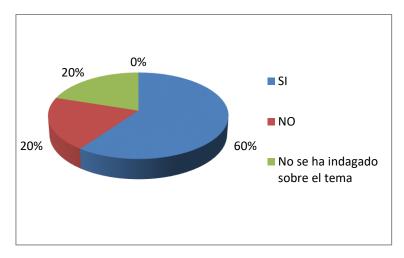
En el siguiente cuadro podemos ver como las prácticas que más se destacan son los controles pediátricos (10) y los espacios de consultoría (6), siguiendo luego el uso de anticonceptivos orales (5) y, en menor medida, la realización de PAP (3), los controles en el embarazo (2) y el uso de anticonceptivos inyectables (2). Esto se podría analizar teniendo en cuenta que la mayoría de las entrevistadas (8) manifiestan haber realizado los controles pre-natales en el Hospital en donde planificaban dar a luz. Por otra parte, las pocas que refieren haberse realizado PAPs en los centro de salud indagados (3), refieren haberlo hecho cuando asistía la médica mujer, y no actualmente con el médico hombre, debido a la incomodidad que les generaba dicha práctica sobre todo por las condiciones de género que interferían. Es por este motivo que el grupo restante (7) refieren no realizarse los PAPs en los CAPS. Estos datos referidos a las condiciones de género se pueden relacionar también con el dato que indica que el 100% de las mujeres entrevistadas refieren no retirar preservativos masculinos (ni ante la falta de otros métodos anticonceptivos), debido a que sus parejas no accederían al uso de los mismos. Por otra parte, la mayoría (8) refieren no utilizar anticonceptivos inyectables debido a que utilizan otros métodos (sobre todo anticonceptivos orales), manifestando ser menopáusicas, estar en período de puerperio o, simplemente, referir que no es constante la disponibilidad de los mismos en el CAPS.

La consultoría en salud sexual y reproductiva es una de las principales prácticas identificadas como pilares del PSSyPR por los equipos de salud. Ahora bien, se torna interesante analizar cómo los espacios de consultoría son identificados por las usuarias, y si realmente es un espacio utilizado por ellas.



A.7. Prácticas realizadas por las usuarias vinculadas al PSSyR

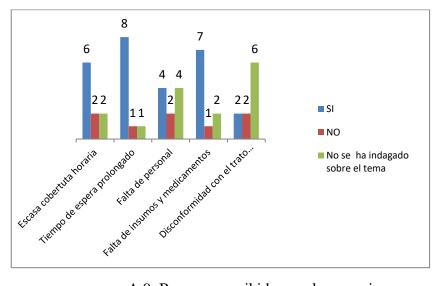
Por otra parte, varias de las entrevistadas refieren que es la escuela el ámbito en donde se suele trabajar más sobre la temática de salud y educación sexual, principalmente porque son las maestras las encargadas de transmitir esos conocimientos desde el aula, ya que muchas veces las familias son más reservadas y no suelen hablarse de esos temas en el ámbito familiar. Aquí se puede observar como la implementación de políticas públicas vinculadas a la SSyR ha ido generando cambios, tanto en el ámbito sanitario como en el educativo, en lo que respecta a los espacios legitimados para trabajar la temática de la sexualidad y sus cuidados. Esta perspectiva permite, por un lado, vincular el ámbito sanitario con el educativo y articular acciones entre los equipos sanitarios y las escuelas para llevar adelante acciones de capacitación y prevención. Por otra parte, es interesante analizar como la familia ha pasado a un segundo plano, al menos en el discurso de las usuarias entrevistadas, al momento de hablar sobre estos temas con los hijos, punto que debería analizarse con mayor profundidad y repensar desde las acciones delimitadas por los equipos sanitarios y docentes para trabajar sobre el acercamiento a las mismas en pos de brindar estrategias para abordar el tema en el núcleo familiar.



A.8. Escuela como ámbito de consejería en educación sexual integral

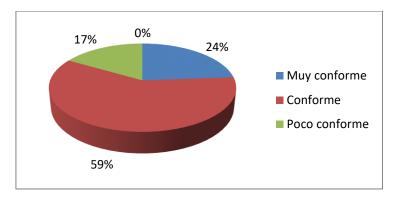
Otro tema importante que ha sido relevado en las entrevistas con las usuarias son las barreras percibidas por ellas en el acceso a los servicios de salud. Este tema ha sido analizado a lo largo del presente trabajo, ya que uno de los ejes centrales que se desprende del análisis del material es la accesibilidad a los servicios de salud, los factores favorecedores y las barreras encontradas.

En las entrevistas realizadas a las usuarias, las principales barreras percibidas fueron: 1) Escasa cobertura horaria de atención, 2) Tiempo de espera prolongado, 3) Falta de personal, 4) Falta de insumos y medicamentos, 5) Disconformidad con el trato recibido.



A.9. Barreras percibidas por las usuarias

Finalmente, un tema que se desprende del análisis realizado en relación a las barreras percibidas por las usuarias en el acceso a la atención sanitaria y al uso del PSSyPR, es la conformidad/disconformidad con la atención recibida en los servicios sanitarios.



A.10. Conformidad/disconformidad con la asistencia recibida

Una contradicción que se observa es que la mayoría manifiestan que la escasa cobertura horaria, el tiempo de espera prolongado y la falta de insumos y medicamentos son barreras que dificultan el acceso, pero sin embargo un 59% de las entrevistadas manifiestan estar conformes con la asistencia recibida. En este punto habría que analizar con mayor profundidad cuales son los aspectos interpersonales que entran en juego al momento de evaluar la atención percibida, en donde posiblemente el vínculo conformado con los técnicos (promotoras/enfermeras) y los profesionales (médicos), sean los factores principales por los cuales más allá de las barreras administrativas visibilizadas, las mujeres refieren estar conformes con la atención recibida.

3.2. <u>Conocimiento y acciones realizadas por los equipos sanitarios vinculadas al PSSyPR</u>

En este segundo apartado correspondiente a los resultados obtenidos se describirá tanto el conocimiento como las prácticas que realizan los equipos sanitarios y las usuarias vinculados al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En el planteamiento de los objetivos específicos, se pensó que se podría dividir el conocimiento de las prácticas como ejes separados de análisis; sin embargo, al momento de realizar la recolección del material y su correspondiente análisis, se ha comprendido que resulta imposible identificar el conocimiento que posee una persona o grupo de personas sobre un tema como ser la salud sexual y reproductiva, si no es a través de las prácticas que realiza asociadas a dicho tema. Es por este motivo que los objetivos 2) *Identificar y describir el conocimiento que tiene el equipo de salud y la población sobre la legislación, el Programa y las acciones de Salud Sexual y Reproductiva que se llevan adelante en este contexto;* y 3) *Describir las prácticas del equipo de salud que se realizan en el marco del programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en los CAPS y servicios de Nivel I, en los municipios de Cerro Azul y Dos Arroyos, provincia de Misiones,* serán abordados en un mismo apartado de la tesis.

3.2.1. Conocimiento del PSSyPR por parte de los equipos sanitarios y las usuarias

En relación a la implementación del PSSyPR en la zona, el momento específico reconocido por los equipos sanitarios como inicio del mismo corresponde al año 2010, lo cual se explica debido a que la provincia de Misiones adhiere al Programa Nacional a través de la sanción la ley provincial Nº 4.495, en octubre del 2009. Por lo tanto, las capacitaciones realizadas a los técnicos, la difusión de las prácticas de SSyR, la entrega de folletería y/o cartelería y, principalmente, la entrega de anticonceptivos y preservativos masculinos, se llevaron a cabo en un proceso que, según

refieren los entrevistados, se inició en el 2010 y continúa fortaleciéndose en la actualidad.

Al referirnos a los aspectos centrales que presenta la legislación, se torna menester analizar el reconocimiento por parte de los equipos sanitarios de la edad que deben tener los usuarios para recibir atención, consejería, asesoramiento y el método de prevención más adecuado según cada caso.

El Decreto Nacional Nº 1.282/2003 reglamenta como debe aplicarse la Ley Nacional Nº 25.673, creando así el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En relación a la edad que debe tener los adolescentes para poder acceder a la información y atención en SSyR, el artículo Nº 4 de dicho Decreto dice:

A los efectos de la satisfacción del interés del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de adolescentes menores de CATORCE (14) años.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.

Es así como la reglamentación manifiesta claramente que los mayores de 14 años pueden acceder a la consulta y asistencia necesaria en materia de SSyR

sin la obligatoriedad de contar con la compañía de un adulto mayor. Aunque la legislación recomiende que así sea, no impide que un adolescente que concurra sólo/a a la consulta pueda acceder a la información o asistencia debida. Sin embargo, en la práctica muchas veces esto no se cumple, ya que podríamos decir que quien dispone la norma sobre el acompañamiento o no de un adulto ante la consulta médica-ginecológica es generalmente el personal médico. En el siguiente fragmento de entrevista podemos observar como esta imposición de concurrir con el acompañamiento de un adulto mayor forma parte de los criterios personales del médico, pudiendo o no coincidir con la normativa vigente.

Edora: ¿A la adolescente se le pide que concurra acompañada? ¿Con quién se le solicita que concurra?

Edo: Con la madre, con la madre. Además yo siempre trato de, si viene sola y por ahí con temas un poquito...complicado, yo les digo "podés venir con tu mamá", y vienen. Han venido solas, pero yo trato de que vengan con las madres. (Médico Generalista)

Generalmente, este criterio es impuesto desde sus creencias personales, esto lo podríamos interpretar de su propio discurso, ya que según refiere el embarazo adolescente es un "tema complicado", por el cual necesita la asistencia de adulto responsable vinculado con el/la adolescente en la consulta médica. Con el siguiente párrafo podemos ejemplificar esto:- Las chicas vienen a acompañadas de la mamá siempre, por eso es lo que el médico quiere, incluso cuando son muy chiquitas que vengan acompañadas de la mamá (Promotora de salud).

Ahora bien, el criterio de solicitar el acompañamiento de un adulto responsable no constituye una norma unificada en los centros de salud trabajados, ya que en otro de los servicios se pudo observar que ésta postura difiere de un profesional a otro, en donde algunos tienen como prioridad brindar asistencia si el/la adolescente lo solicita, más allá de su edad. Esto se observó principalmente en el Hospital de Nivel I del Municipio de Cerro Azul, en donde la edad o el acompañamiento de un adulto responsable no consistían en una limitación para poder acceder a la consulta médica.

En relación a esto se refieren los siguientes fragmentos de las entrevistas realizadas a la encargada del PSSyPR y a la directora del servicio:

Nosotros tenemos a partir de los 14 años, ahora con esta nueva ley de la adolescencia, porque antes nosotros teníamos problemas por la farmacia que tenía que firmar, ahora no, ahora estoy viendo en este trimestral que hice anteriormente está habiendo muchos adolescentes menores. (Enfermera, Encargada del PNSSyPR).

Si, este programa, bueno, vos lo conoces tan bien como nosotros, ha tenido variaciones, no cierto, de usuarias. Sobre todo la ampliación de la cobertura, sobre todo aquellas menores que antes tenían que venir con autorización de la mamá y el papá, hoy el adolescente viene solo. (Directora, Médica Ginecóloga).

En relación a la formación en materia de salud sexual, tanto las auxiliares en enfermería como los promotores y agentes sanitarios manifiestan que reciben capacitaciones constantes sobre salud sexual y reproductiva, motivo por el cual se encuentran en mayor conocimiento de las acciones que se desprenden del programa. Según este grupo, las principales prácticas que se realizan son: entrega de anticonceptivos hormonales orales y aplicación de anticonceptivos inyectables, ambas acciones orientadas principalmente a prevenir embarazos no planificados tanto en mujeres adultas como en adolescentes.

Lo presentado hasta este momento corresponde al conocimiento de la legislación y del programa por parte de los equipos de salud. Sin embargo, al indagar sobre el mismo eje en las usuarias, las mismas manifestaron desconocer que estas prácticas estaban asociadas a una política sanitaria específica. Si bien la mayoría recibe asistencia, asesoramiento y retira los métodos anticonceptivos de los centros de salud, desconocen que estás acciones formen parte de un programa específico o de una política sanitaria en particular.

3.2.2. Principales prácticas vinculadas al PSSyPR

En el material recabado en las entrevistas administradas a los equipos de salud se han identificado varias prácticas asociadas al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, sin embargo se han priorizado algunas como principales, estas son: a) la entrega gratuita de métodos anticonceptivos y profilácticos, específicamente las pastillas anticonceptivas en el caso de las mujeres y los preservativos masculinos, en el caso de los adolescentes varones; y b) la consultoría, tanto individual como grupal. Sin embargo, varias de las acciones realizadas cotidianamente por los equipos sanitarios se encuentran estrechamente vinculadas con los objetivos principales del programa, pero no logran ser reconocidos como líneas prioritarias dentro del mismo. Es así, como varias de las acciones realizadas parecieran hacerse "porque corresponden", "porque son importantes", o "porque se vienen haciendo desde hace tiempo" (Médico generalista). A continuación, se clasifican y describen las principales acciones realizadas por los equipos de salud en los centros de atención trabajados.

3.2.3. Prevención del embarazo adolescente

Uno de los aspectos centrales de la Legislación corresponde a *1) promover* la salud sexual de los adolescentes y 2) prevenir embarazos no deseados (no planificados). Es así, como la entrega gratuita de anticonceptivos y los espacios de consultoría forman parte de las estrategias planificadas desde el PSSyPR para cumplir con estos objetivos.

De las entrevistas realizadas en la presente investigación, podemos identificar como el embarazo en la adolescencia es considerado un problema tanto por los pobladores como por los agentes de salud, ya sea porque se da en situaciones en donde las menores son abusadas, principalmente por los padrastros, porque hace que las adolescentes abandonen los estudios, o porque consideran que aún no están preparadas para la maternidad. Sin embargo, un atenuante es la responsabilidad masculina sobre la adolescente y el bebé, más allá de que exista una marcada diferencia de edad en la pareja o de que no sea el padre biológico del niño.

3.2.4. Controles periódicos en el embarazo

Esta actividad es desarrollada por médicos generalistas y ginecólogos, promoviendo los controles obligatorios en el embarazo y la asistencia constante tanto de la madre como posteriormente del bebé. Esta actividad no es reconocida como una práctica específica del PSSyPR, sin embargo la mayoría de los entrevistados refieren a que es una de las demandas más recurrentes en los centros de salud. Ahora bien, la legislación vigente no hace referencia específica al embarazo y sus controles, debido a que se focaliza prioritariamente en la prevención de los embarazos no planificados y a la procreación responsable. Sin embargo, postula como uno de sus objetivos principales *Disminuir la morbimortalidad materno-infantil* (Art. 2, Inciso b, Ley Nacional Nº 25.673), el cual estaría estrechamente relacionado con los cuidados pre-natales que deben tener las mujeres, a modo de poder detectar tempranamente cualquier anomalía en el embarazo y sus posibles riesgos.

3.2.5. Entrega gratuita de métodos anticonceptivos

Del material analizado se observa que los equipos sanitarios tienen conocimiento del PSSyPR como una política nacional y provincial específica, identificando la entrega de anticonceptivos y la prevención del embarazo no planificado como líneas prioritarias de trabajo.

En relación a este punto, la Ley Nacional Nº 25.673 postula en su Art. 6 la necesidad de reforzar la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. Sus incisos b) y c) manifiestan la importancia de prescribir métodos anticonceptivos acordes a las necesidades de la población:

b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

Estos insumos se reciben de dos programas sanitarios diferentes, tanto del Programa Provincial *Misiones Salud* así como también del Programa Nacional *REMEDIAR*. Los principales métodos que reciben son las pastillas anticonceptivas, los anticonceptivos hormonales inyectables y los preservativos masculinos. Existe una clara diferencia entre los insumos recibidos por los centros de salud de aquellos presentes en el Hospital de Nivel I, ya que este servicio es el único que además cuenta con Anticoncepción de Emergencia, colocación de DIU, Test de embarazos y un kit de abuso específico para los casos de abuso sexual.

3.2.6. Consultoría en Salud Sexual y Reproductiva

En relación a este aspecto, el Decreto Nacional 1.282/2003 dice: "es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y del uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto". En el material analizado, se puede observar como esta actividad es reconocida por los equipos de salud como "charlas informales", las cuales son realizadas en la sala de espera de los centros de salud. Estas charlas son desarrolladas tanto por los profesionales médicos como por las enfermeras y promotoras, los cuales aprovechan cuando no hay muchos pacientes esperando ser atendidos así trabajan con grupos reducidos, desarrollando temas asociados a la salud y su cuidado. Además, también se menciona la realización de talleres grupales en las escuelas, teniendo como destinatarios a los adolescentes en el ámbito escolar, reconociendo esta actividad como una de las prácticas principales orientadas a la anticoncepción y prevención de ETS. Estos espacios de consultoría están diferenciados según grupos etarios e intereses,

comprendiendo las diferencias entre los grupos de mujeres adultas y los grupos de adolescentes.

En relación a la consultoría orientada a la anticoncepción, la maternidad y el embarazado, la metodología de la misma puede ser tanto individual como grupal. La consultoría individual la realiza específicamente el médico (generalista o ginecólogo), principalmente en el momento de la consulta médica. Aprovechando además para realizar otras prácticas asociadas al cuidado de la salud, como la realización de chequeos y PAP.

Las usuarias manifiestan que han sido parte de las consultorías individuales, tanto ellas como sus hijas menores, aseverando que suelen ser los médicos los que se encargan de orientar en materia de anticoncepción y cuidados, el siguiente fragmento de entrevista procura ejemplificar esto: - *La doctora le explica todo, las cosas, para los chicos, como hay que cuidarse todo (Usuaria)*.

Las consultorías grupales son realizadas principalmente por las enfermeras o las promotoras de salud, siendo la sala de espera el espacio seleccionado para la realización de las mismas. Los temas trabajados en estas reuniones grupales son varios, abarcando desde la planificación familiar, la importancia de la lactancia materna, la salud materno-infantil, cuidados en la alimentación, cuidados básicos en la niñez, prevención de accidentes domésticos, entre otros.

3.2.7. Realización de PAP y/o toma de muestra

El Art. 6 de la Ley 25.673, inciso a, plantea:

a) Establecer un adecuado sistema de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La realización de Papanicolau (PAP) en los centros de atención primaria debería ser una actividad cotidiana para la detección temprana de cualquier anomalía genital. Sin embargo, en los CAPS trabajados no se realizan los PAPs pero si se organiza la toma de muestras que luego son enviadas al

laboratorio para su análisis. Una dificultad en relación a este tema consiste en que la falta de personal médico femenino que pueda encargarse de esta tarea, junto con la resistencia de las mujeres para permitir que el médico hombre pueda realizar un chequeo ginecológico, dificulta la toma de la muestra necesaria para la realización de este estudio. Esto se ha solucionado enviando a una médica mujer a que administre las muestras una vez por mes, informando a las mujeres el día y horario en el cual deben acudir al CAPS para estos controles. Esta situación no se da de la misma manera en el Hospital de Nivel I de Cerro Azul, no solamente por el hecho de que aquí si cuente con personal médico femenino, sino porque además cuenta con laboratorio propio para la realización de los estudios clínicos necesarios.

3.2.8. <u>Seguimiento domiciliario de los casos</u>

Esta actividad es desarrollada principalmente por las promotoras de salud. La misma consiste en la realización de trabajo en terreno, relevamiento de los datos socio-sanitarios familiares, control y seguimiento de las embarazadas, control del calendario de vacunación en niños, entre otras. En algunos casos, son las promotoras de salud las encargadas de acercarse a los domicilios de las usuarias para avisar sobre los resultados de los estudios realizados en el CAPS (por ejemplo el PAP), asesorando sobre las indicaciones a seguir en aquellos casos en que sea necesario un control médico más específicos por complicaciones o por prevención.

Cabe destacar que debido a las características propias de las poblaciones rurales, en donde la mayoría de las veces las casas se encuentran separadas por kilómetros de distancia unas de otras y los caminos suelen ser de tierra con poco o nulo mantenimiento, en una jornada completa de 8 a 10 horas de trabajo las promotoras llegan a realizar el seguimiento de tres grupos familiares como máximo, debiendo realizar el traslado caminando o en bicicleta para llegar más rápidamente. El siguiente fragmento de entrevista ejemplifica lo detallado anteriormente:-Si, el 15 que fue el día del promotor, salimos a terreno a trabajar. Me bajé del colectivo, allá, donde empieza San Javier para acá, sobre la ruta te estoy hablando. Empecé a las 7 y media y

llegue a mi casa a las 5 y media de la tarde a mi casa. O sea, si salís en un lugar lejos, tenés que tomarte todo el día. Porque no te conviene salir por unas horas nomas... (Promotora de salud). Esto se encuentra estrechamente vinculado con la accesibilidad geográfica y las dificultades cotidianas con las que se encuentran los equipos sanitarios, vinculadas a las distancias geográfica característica de las comunidades rurales.

Generalmente, los pobladores encuentran alternativas que facilitan el traslado de las personas, aunque muchas veces no forman parte de estrategias y gestión política, sino de la buena voluntad de los propios pobladores. Los siguientes fragmentos de entrevistas procuran ejemplificar a través del discurso de los pobladores su perspectiva acerca de la accesibilidad geográfica:

- a) Edra: ¿y cuando llueve como hacen con el camino para salir? ¿Y si uno tiene una emergencia y está lloviendo, da para salir por el camino?
 - Eda: y depende, de allá de mi casa vos tenés que salir hasta la mitad del camino caminando, y después pedir que te lleven...ahora arreglaron un poco, entocaron (pusieron toca/piedra)...Pero a veces se vuelve difícil. (Usuaria)
- b) -Cuando llueve es una tortura, la que tiene camioneta viste es más distinto, porque por acá o sino entran por la balasa que también más de uno quedó con el auto ahí, los maridos tuvieron que ir a remolcarlos. Es una vergüenza. Pasas con auto pero muy despacito, puede romper la dirección viste (Usuaria).

3.2.9. Colocación de Dispositivos Intra Uterinos (DIU)

La colocación de Dispositivos Intra Uterino (DIU) se realiza solamente en el Hospital de Nivel I de Cerro Azul, específicamente a mujeres que ya hayan tenidos niños. Sin embargo, en los centros de salud no es habitual la colocación de DIU a las mujeres; según refieren las enfermeras esto se debe a diversos motivos, por un lado a la resistencia de las mujeres ante la

consulta ginecológica con el médico que atiende en los servicios, situación que será analizada más adelante al hacer referencia a las barreras psicosocioculturales, y por el otro, porque generalmente los centros de menor complejidad no reciben esos insumos, motivo que lleva a priorizar el uso de métodos anticonceptivos hormonales.

3.2.10. Prevención de ETS

Un aspecto importante a destacar es la falta de acciones orientadas a la prevención de la Enfermedades de Transmisión Sexual y a la entrega de preservativos masculinos, salvo en los talleres con los adolescentes, en donde se trabaja la prevención de las ETS desde una perspectiva asociada a la amenaza, expresando lo que les pasaría en caso de contraer alguna ETS. Es así, como el grupo poblacional adulto queda por fuera del asesoramiento referido a las ETS, debido a la importancia brindada a la prevención de los embarazos no planificados y al adecuado seguimiento de los casos de embarazos.

3.2.11. <u>Articulación Interinstitucional. CAPS y Escuelas: Dos instituciones</u> promotoras de salud sexual integral

Ley Nacional Nº 25.653 plantea la articulación Intersectorial entre diversos sectores y organismos. En su artículo Nº 5 dice:

El ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente, tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud.
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa.

- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa.
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital mamario.

Una de las actividades realizas conjuntamente entre los centros de salud y las escuelas corresponden a los talleres preventivos, los cuales tienen como foco la prevención de los embarazos no planificados así como también de las enfermedades de transmisión sexual. Estas acciones son organizadas por los equipos sanitarios (promotoras/enfermeras), pero llevadas a cabo por el personal médico y están dirigidas principalmente al grupo etario adolescente.

Además, otra acción combinada entre ambas instituciones corresponde al cumplimiento del calendario de vacunación, en donde las promotoras de salud y enfermeras son trasladadas a las escuelas para aplicar las vacunas obligatorias a los niños de la institución. Además, al inicio del ciclo escolar son las mimas personas las que se acercan a la escuela para realizar los certificados de aptitud psico-física, completar las libretas de ANSES para el cobro de la Asignación Universal por Hijo, realizar los ingresos nuevos, entre otras cuestiones. El siguiente fragmento de entrevista ejemplifica como la acción intersectorial involucra varios organismos e instituciones de la zona: -la directora nos manda la salita de 4 y 5, cuantos hay según la edad escolar para la vacuna y ahí vamos, los medios nos facilita la municipalidad, nos ponemos de acuerdo según los días que nos pueden trasladar (Promotora de salud).

Desde el Hospital de Nivel I de Cerro Azul, se realizan charlas en los colegios, abarcando un total de aproximadamente 23 escuelas de la zona.

Según refieren los entrevistados, la motivación y el interés por las charlas surgen de los propios adolescentes, que muchas veces coordinan para realizar las actividades en el marco del día de los estudiantes.

Puntualmente focalizan en los chicos de 6to y 7mo año, principalmente porque con este grupo etario es con el cual los padres presentan menores impedimentos para tratar temas como salud sexual, anticoncepción, ETS, etc. Aunque la mayoría de las escuelas se muestran muy receptivas y aceptan la realización de talleres con los adolescentes, principalmente cuando son llevados a cabo por el personal médico de los centros de salud, existen algunos padres que se oponen a que la escuela sea un espacio de asesoramiento y aprendizaje en materia de salud sexual, principalmente en las escuelas ubicadas en los parajes rurales, a las cuales asisten en gran proporción las hijas e hijos de familias religiosas. Este punto vinculado a la salud sexual y las creencias religiosas será trabajado más adelante, específicamente en el apartado correspondiente a la accesibilidad psicosociocultural.

PARTE III CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado correspondiente a la discusión se analizaran los resultados obtenidos a partir de los conceptos centrales planteados en el marco teórico. Para ello se considerarán los siguientes ejes temáticos: a) SSyR en el primer nivel de atención, conocimientos y prácticas realizadas; b) obstáculos y facilitadores que intervienen en la accesibilidad al sistema de salud vinculados a la salud sexual y reproductiva en los contextos rurales; y c) aportes que puede realizar la psicología para mejorar la implementación de las políticas públicas sanitarias destinadas a las poblaciones rurales, específicamente en materia de salud sexual, desde el abordaje de la psicología rural y comunitaria.

4.1. Salud Sexual y Reproductiva en el Primer Nivel de Atención

Como se ha detallado en el marco teórico, la presente tesis se sustenta en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) planteados en la Declaración de Alma Ata (1978) y reafirmados en la Renovación de la Atención Primaria de las Américas (2007). La Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS) propone la administración y organización de los servicios de salud según su ubicación y nivel de complejidad, favoreciendo el acceso de toda la población y una asistencia igualitaria, oportuna e integral a través de una mejor distribución de los recursos (Ase y Burijovich, 2009).

En el presente apartado se analizarán las prácticas realizadas en el primer nivel de atención, vinculadas al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, las cuales se desprenden de los objetivos planteados en la Ley Nº 25.673. Estos son: a) promover la salud sexual de los adolescentes, b) prevenir embarazos no deseados, c) garantizar el acceso de toda la población a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios, d) disminuir la mortalidad materno-infantil; y e) potenciar la participación

femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable.

Retomando lo planteado en los resultados, podemos ver que las mujeres usuarias generalmente desconocen la existencia del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, sin embargo recurren a los Centros de Salud en busca de prestaciones vinculadas o que se desprenden del mismo, como ser: 1) controles pediátricos, 2) espacios de consultoría gratuitos vinculados a la salud sexual, 3) uso de anticonceptivos orales y, en menor medida, 4) realización de PAP, 5) controles pre-natales y 6) uso de anticonceptivos inyectables. Relacionando las prácticas que realizan las usuarias con los objetivos planteados por la Ley 25.673, podemos ver que los que más se cumplen son: b) prevenir embarazos no deseados, y c) garantizar el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicio. Por otra parte, según lo manifestado por los profesionales y técnicos, las prácticas cotidianas realizadas por los equipos sanitarios son: 1) la entrega gratuita de anticonceptivos, tanto hormonales como de barrera, y 2) generar espacios de consultoría, tanto individual como grupal. Como podemos ver, esto concuerda con lo manifestado por las mujeres usuarias. En relación a la entrega gratuita de anticonceptivos, según refieren los profesionales, las mujeres prefieren utilizar métodos hormonales, principalmente los anticonceptivos orales y en segundo lugar los anticonceptivos inyectables, independientemente de su edad. El uso de los preservativos masculinos se encuentra mayormente indicado para los adolescentes varones, siendo los adultos varones los más reticentes a la utilización de los mismos o de cualquier método que implique su responsabilidad en lo que respecta a la sexualidad y sus cuidados. Aquí podemos ver un aspecto de la legislación que suele ser criticado, correspondiente a la falta de acciones orientadas a la población masculina, tanto adulta como adolescente, y la priorización del rol de la mujer en la toma de decisiones, esto lo vemos específicamente en este objetivo: e) potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable. Autores como Pantelides y Gaudio

(2009) investigaron acerca de la importancia de prestar atención a la salud sexual y reproductiva en los hombres, no solo para su beneficio sino también porque sus conductas tienen una influencia fundamental en la salud de las mujeres.

Por otra parte, en relación a los espacios de consultoría, los equipos sanitarios manifiestan que son realizados según los intereses de los destinatarios. Es así como la consultoría individual se encuentra a cargo del médico, principalmente ginecólogo/a, realizando el asesoramiento en el espacio de la consulta médica. Este espacio se encuentra destinado principalmente a las mujeres adultas que concurren voluntariamente a los servicios de salud. Por su parte, las consultorías grupales suelen tener dos modalidades, por un lado las charlas informales realizadas por las promotoras/agentes sanitarias en las salas de espera de los CAPS, aprovechando los espacios de espera en donde las mujeres aguardan para ser atendidas por el personal médico. Por el otro, los talleres/charlas realizados en las instituciones educativas, orientados principalmente a grupos de adolescentes conformados por mujeres y varones, y llevadas a cabo generalmente por el personal médico con el acompañamiento de las promotoras/agentes sanitarias. Podríamos decir que estas prácticas también concuerdan con algunos de los objetivos planteados por el PSSyPR, principalmente con: a) promover la salud sexual de los adolescentes, b) prevenir embarazos no deseados, y c) garantizar el acceso de toda la población a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios. Articulando además con los lineamientos propuestos por la Ley Nacional N° 26.150 (2006) y la Ley Provincial N° 4.410 (2007), en donde se establece la enseñanza obligatoria, sistemática y gradual de la Educación Sexual Integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada. Ahora bien, muchas veces estos talleres dictados por el personal médico de los servicios de salud de la zona, suelen ser justificados dentro de las actividades escolares y considerados como suficientes para trabajar temáticas vinculadas a la salud sexual, cuando en realidad la normativa indica la educación sistemática y constante desde un abordaje integral de la sexualidad.

4. 2. Accesibilidad al Sistema Público Sanitario

En el objetivo general de la presente tesis se propone Analizar y describir la implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, derivado de la Ley N° 25.673 en los CAPS y Servicios de Nivel I en los municipios de Cerro Azul y Dos Arroyos del departamento de Leandro N. Alem, provincia de Misiones. Para cumplir con este objetivo se torna necesario analizar cómo las políticas sanitarias y los programas que se desprenden de las mismas son diseñados y aplicados en territorios específicos. Generalmente, las políticas sanitarias son diseñadas por organismos centrales que desconocen o no consideran en su totalidad las particularidades de las comunidades en donde serán aplicadas, sus creencias y modos de vida (D'Amore, González Cowes y Logiovine, 2015). Esto, a su vez, implica un proceso de traducción por parte de los que serán encargados de su aplicación, generalmente los equipos sanitarios locales, adaptando estas políticas a los contextos según sus propias lógicas y mundos de sentido. Es aquí en donde en análisis de la accesibilidad y sus diferentes modalidades nos permite identificar los aspectos favorecedores que logran que una política sanitaria específica llegue a los destinatarios de manera eficiente, así como también los obstáculos que dificultan e imposibilitan que las acciones que se desprenden de la misma sean las más adecuadas para tal o cual comunidad.

La accesibilidad al sistema de salud representa una de las principales preocupaciones en materia de salud pública, debido a que constituye una variable de gran impacto en la salud de la población.

Conceptualmente, la accesibilidad puede ser comprendida como la posibilidad de las personas de acceder a algunas de las instancias del sistema salud (Ramírez et al. 1998; Travassos y Martins, 2004). Como se ha puntualizado en el marco teórico, los autores tienden a caracterizarla a partir de sus diversas dimensiones, diferenciando entre accesibilidad geográfica,

financiera/económica, administrativa y cultural (Comes y Stolkiner, 2004; Comes et al. 2007). De esta manera, la accesibilidad geográfica corresponde a la distancia existente entre los beneficiarios y los servicios de salud, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a través de las vías existentes y los trasportes disponibles. A su vez, ésta se relaciona con la accesibilidad financiera, la cual consiste en poseer el capital económico necesario para poder cubrir el traslado hasta los efectores de salud, el valor de la atención recibida, la realización de estudios y la compra de medicamentos, en caso de ser necesario. La accesibilidad administrativa consiste en la gestión y distribución de los recursos disponibles, así como también en la organización de los servicios, por ejemplo en la distribución de medicamentos, de los turnos y los horarios de atención. Finalmente, la accesibilidad cultural engloba las características y modos de vida de las comunidades, las concepciones de salud construidas por los individuos, sus hábitos y costumbres, así como también las representaciones que tienen los efectores de salud sobre las poblaciones y sus prácticas. Un concepto que se desprende de la accesibilidad y profundiza su estudio es el análisis de las barreras, las cuales son comprendidas como los obstáculos que dificultan el acceso real de la población al sistema de salud. Autores como Comes y Stolkiner (2004), plantean que las dimensiones de la accesibilidad pueden tornarse barreras, produciendo de esta manera barreras geográficas, barreras administrativas, barreras económicas y barreras culturales.

Ahora bien, en la presente tesis se indagó sobre las situaciones y las prácticas realizadas por los equipos de salud en el primer nivel de atención, con la finalidad de reconocer las características que cobra accesibilidad al sistema de salud en los municipios de Cerro Azul y Dos Arroyos, específicamente de las poblaciones rurales, analizando principalmente las barreras y las posibilidades de acceso a los beneficios del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En las entrevistas realizadas a los equipos sanitarios se han identificado como principales 1) barreras administrativas, vinculadas a la falta de personal médico, la falta de insumos y la inconstancia en la recepción de

anticonceptivos, 2) barreras geográficas, determinadas por las grandes distancias y las condiciones de los caminos para acceder a los centros sanitarios, y 3) barreras psico-socio-culturales, principalmente vinculadas a las creencias personales del personal, a las condiciones de género y a las creencias religiosas de las usuarias.

Por otra parte, en las entrevistas realizadas a las usuarias, las principales barreras percibidas fueron: 1) barreras administrativas, específicamente vinculadas a la escasa cobertura horaria de atención, al tiempo de espera prolongado, a la falta de personal, de insumos y medicamentos; y 2) barreras psico-socio-culturales, específicamente vinculadas a la disconformidad con el trato recibido. A continuación, se detallarán cada una de estas situaciones identificadas.

4.2.1. Accesibilidad administrativa y barreras administrativas

En relación a la *accesibilidad administrativa*, las principales barreras se encuentran vinculadas con la falta de recursos tanto humanos como materiales. Generalmente, la distribución de los insumos y medicamentos depende de la cantidad de consultas mensuales registradas en los Centros de Salud, por ejemplo haber registrado 300 consultas en un mes, lo cual se torna una barrera si no se alcanza el mínimo de consultas solicitadas, junto con la falta de frecuencia y periodicidad en la recepción de los medicamentos e insumos. Por otra parte, la falta de recursos humanos generalmente se expresa como escasez de profesionales o técnicos formados que estén dispuestos a trasladarse grandes distancias para brindar asistencia, así como también a las condiciones vinculadas con el pago de los honorarios y la asistencia brindada en más de un servicio, realizando así una circulación constante por los servicios de manera rotativa para cubrir la demanda en materia de salud de diversas poblaciones.

Generalmente, en las zonas rurales la presencia del médico en el servicio de salud cobra ciertas características que son específicas del proceso salud-enfermad-atención. Comúnmente, es el mismo profesional el que cubre la

asistencia en varios centros de atención de la zona, por lo tanto, su presencia suele vincularse a uno o dos días en cada lugar. Sin embargo, un fenómeno interesante que se produce en este caso en particular, es que más allá de las distancias geográficas presentes entre los servicios y del área programática específica que abarca cada centro, las usuarias conocen el itinerario semanal del médico y, por lo tanto, suelen organizarse para acceder al centro de salud en el que se encuentra el médico en el día y horario que a ellas le resulte cómodo, aunque no sea el servicio que le quede más próximo a sus hogares.

Generalmente son las usuarias de las zonas más alejadas, específicamente aquellas que habitan en las colonias rurales, las que suelen manifestarse en disconformidad con la figura del médico, debido a que es justamente a este centro de salud ubicado en la colonia al que suele asistir con menor frecuencia, pudiendo haber hasta semanas en donde la figura del profesional médico esté ausente.

Un que obstaculiza/facilita la accesibilidad aspecto importante administrativa corresponde al cumplimiento de la legislación por los equipos sanitarios, la cual habilita a las adolescentes de 14 años en adelante a acceder a la consulta ginecológica y hacer uso del método anticonceptivo indicado sin la obligación de asistir acompañada por un adulto responsable. Ahora bien, en relación a la situación planteada anteriormente en el desarrollo de los resultados relacionada al acceso de las adolescentes a los beneficios del PSSyPR sin el requisito del acompañamiento de una persona adulta, no son todos los profesionales los que conservan esta postura e implementan lo que plantea la legislación. Es así, como esta imposibilidad de consultar sin el acompañamiento de un mayor se torna una barrera administrativa que se encuentra constituida por las creencias personales de los propios profesionales, vinculándose además con las barreras culturales.

Aunque esto no ocurre en todos los centros de salud estudiados, hay que destacar que el Hospital de Área de Cerro Azul ha trabajado junto con su personal de farmacia para promover el cumplimiento de esta norma, debido a que la barrera administrativa se encontraba precisamente en la necesidad

del registro institucional, el cual exigía la firma de un adulto para la entrega de medicamentos y/o anticonceptivos

Además, se observa que esta normativa que habilita a los adolescentes de 14 años en adelante se comienza a flexibilizar habilitando a menores de 14 a que accedan también a los espacios de consultoría y a la entrega gratuita de anticonceptivos y preservativos. Ahora bien, esta habilitación debe ser manifestada y autorizada por las autoridades de los servicios, siendo generalmente los directores y encargados los que deben velar por el cumplimiento de la norma y habilitar la entrega de anticonceptivos y preservativos con los demás integrantes del personal, principalmente con el sector administrativo, aunque esto no debería tornarse una barrera para acceder a los mismos.

Otra de las *barreras administrativas* identificadas corresponde a la falta de métodos anticonceptivos (orales/inyectables) en los centros de salud y la demora en recibirlos por parte de los programas sanitarios que se encargan de su distribución (Misiones Salud y REMEDIAR). En algunos casos llegan a haber meses de demora en la recepción de los métodos anticonceptivos, y cuando se reciben suelen estar vencidos o con la fecha de vencimiento muy cercana, lo cual también dificulta la entrega de los mismos a las usuarias. Según refieren las promotoras de salud, enfermeras y las propias usuarias, estas demoras y falta de insumos favorecen que las mujeres vuelvan a quedar embarazadas en los períodos de falta, y aunque muchas de ellas suelen decir que compran en la farmacia cuando hay falta de stock, esto no se hace una práctica constante y vuelven a quedar embarazadas a los pocos meses.

Al indagar sobre la entrega de anticonceptivos gratuitos con las usuarias, muchas refieren no poder asistir al centro de atención en el día específico para retirar los mismos ya sea por encontrarse al cuidado de la casa y de los niños, o por situaciones cotidianas. Por lo tanto, para garantizar la accesibilidad de las mujeres a las pastillas anticonceptivas, en algunos CAPS se dispuso como estrategia realizar la entrega de los anticonceptivos

orales por un período de tres meses, pudiendo así las mujeres asistir a los controles necesarios intermedios, pero contando con los anticonceptivos en sus domicilios para realizar la toma correcta de los mismos y así prevenir embarazos no planificados.

Finalmente, otro de los obstáculos identificados por las usuarias es el tiempo de espera que implica ser atendidas, ya que la mayoría de los centros se rigen por el sistema de orden de llegada, lo cual exige a las usuarias ir lo más temprano posible (ya sea a primera hora de la mañana o al mediodía, si el médico atiende en horario vespertino), para anotarse en el listado y esperar a la llegada del profesional, lo cual puede llevar a varias horas de espera.

4.2.2. <u>Accesibilidad geográfica/financiera y barreras</u> geográficas/económicas

Otra de las dimensiones que cobra significativamente importancia en los contextos rurales es la *accesibilidad geográfica*, comprendida como la distancia existente entre los pobladores y sus hogares, y el sistema de salud y sus efectores (Comes y Stolkiner, 2004). Como ya se dijo anteriormente, está estrechamente relacionada con la *accesibilidad financiera/económica*, la cual consiste en poseer el capital económico para costear el traslado, la asistencia recibida y la compra de medicamentos, en caso de que fuera necesario.

Varios de los estudios vinculados a la accesibilidad al sistema de salud demuestran que la accesibilidad geográfica cobra importancia en los contextos rurales, principalmente debido a la dispersión de las viviendas que caracteriza a estas comunidades y a la organización que asume el sistema de salud en ellas. Muchas veces los pobladores rurales deben recorrer grandes distancias para acceder a los servicios de salud o tienen que hacerlo en condiciones desalentadoras como caminos de tierra que se vuelven intransitables debido a las lluvias o a la crecida de ríos o arroyos. Además, esto se encuentra estrechamente relacionado con la accesibilidad económica

y la poca disponibilidad y frecuencia de los medios de transporte que conectan los poblados rurales con las zonas urbanas o con los efectores de salud más próximos, formando parte también estas situaciones de los obstáculos que deben afrontar los pobladores rurales para acceder a la asistencia sanitaria (D´Amore, González Cowes, Logiovine, 2015).

Los resultados obtenidos en esta investigación indican que son principalmente los promotores de salud los que se encuentran con mayores dificultades vinculadas a la accesibilidad geográfica al momento de realizar su tarea cotidiana. Según refieren los entrevistados, cada promotor tiene a su cargo el relevamiento sanitario de 250 familias, lo que equivale aproximadamente a 900 personas. Para realizar el seguimiento de estas personas institucionalmente se les solicita la realización del RUSMI (Registro Único Sanitario de Misiones), el cual consiste en un censo sanitario regional para recabar información vinculada a la salud, maternidad, vacunación, morbilidad, etc; dividiendo previamente el territorio en zonas y áreas programáticas específicas para cada centro de salud y Hospital de área de Nivel I y II. Generalmente, las estrategias para llevar a cabo el RUSMI consisten en aprovechar el espacio de la consulta médica en el centro de salud y realizar visitas domiciliarias a las familias del área correspondiente. Es en este seguimiento domiciliario en donde se observa que las barreras geográficas cobran visibilidad dificultando el desempeño de los promotores de salud, debido a las grandes distancias que deben recorrer y la falta o escasa frecuencia de medios de transporte. Además, debido a las características propias de las poblaciones rurales, en donde la mayoría de las veces las casas se encuentran separadas por kilómetros de distancia unas de otras y los caminos suelen ser de tierra con poco o nulo mantenimiento, en una jornada completa de 8 a 10 horas de trabajo se llega a realizar el seguimiento de tres grupos familiares como máximo, debiendo realizar el traslado caminando o en bicicleta para llegar más rápidamente. Además, las grandes distancias dificultan también el acceso de la población a los centros de salud y las instituciones educativas, lo cual se agrava aún más cuando las condiciones climáticas son desfavorables, como ser lluvias o tormentas, lo cual suele ser muy frecuente debido a que el clima de Misiones corresponde al tipo tropical húmedo sin estación seca, el cual se caracteriza por ser cálido, llegando a altas temperaturas sobre todo en verano (superiores a los 40 ° centígrados), y tener a la vez muchas precipitaciones.

Finalmente, un tema que no puede dejar de plantearse corresponde a los traslados que deben realizarse desde los centros de salud más alejados a los hospitales o centros de mayor complejidad, principalmente en situaciones de emergencias o para la realización de estudios más específicos como ser ecografías o radiografías. Generalmente, los equipos sanitarios refieren que suelen contar con el apoyo de las unidades de traslado necesarias (ambulancias) o un móvil municipal, pero según el discurso de las usuarias entrevistadas esto generalmente no ocurre y deben trasladarse por sus propios medios.

4.2.3. Accesibilidad cultural/psico-socio-cultural y barreras psico-socio-culturales

Un aspecto importante que forma parte del estudio de la accesibilidad al sistema sanitario consiste en la *accesibilidad cultural* y sus barreras, la cual suele ser comprendida como la posibilidad real de establecer un buen intercambio y vínculo entre los equipos sanitarios y los usuarios, comprendiendo el contexto y los modos de vida que constituyen a las poblaciones destinatarias, su idioma, hábitos y costumbres.

Para analizar la dimensión cultural de la accesibilidad se ha tomado la propuesta de Landini et al. (2014), quienes consideran a la accesibilidad cultural como una *interfaz social*, es decir, como un espacio de intersección entre diferentes actores sociales en donde se articulan mundos de sentido diferentes, lo que lleva a analizar los procesos de negociación, conflicto y resistencia que se dan entre los distintos niveles y actores sociales (Long, 2007). En la interfaz que se genera en la aplicación de políticas sanitarias en territorios específicos, como por ejemplo una consulta médica, se encuentran mundos de sentidos diferentes que se asocian a las prácticas, creencias y valores de cada grupo social. Por ejemplo, los profesionales de

la salud pueden considerar erróneas ciertas prácticas cotidianas de los pobladores rurales vinculadas al cuidado de la salud y, desde el saber médico, anular o invalidar dichas prácticas, sin reflexionar sobre el sentido que cobran las mismas en el contexto vital de los usuarios (D'Amore, González Cowes y Logiovine, 2015). Desde esta propuesta, la comprensión de la dimensión cultural de la accesibilidad abarca también lo psicosocial, es decir, las creencias, valores, representaciones, actitudes y prácticas individuales, grupales o colectivas tanto del sistema de salud y sus profesionales como de los beneficiarios de sus acciones. Además, pone el foco en las dinámicas de interacción por medio de las cuales las propuestas y recomendaciones son negociadas, transformadas, asumidas, rechazadas o reconfiguradas por los distintos actores.

En esta investigación en particular uno de los ejes de análisis consistió en comprender las características que cobra la *accesibilidad psico-socio-cultural* de las poblaciones rurales al sistema de salud. A tal fin, se ha indagado su dimensión relacional, comprendiendo que la misma articula diferentes creencias, representaciones y prácticas entre el sistema de salud, sus profesionales y los usuarios.

Como ya se ha detallado anteriormente, la disposición empleada por el personal médico que impide que una persona menor de edad pueda recibir asistencia y asesoramiento en materia de SSyR constituye tanto una barrera tanto administrativa como psico-socio-cultural, en donde las creencias, los modos de vida y los hábitos cotidianos, en este caso en particular del personal médico, llegan a tornarse barreras que atraviesan y dificultan las prácticas en los servicios sanitarios.

Otro punto en donde la barrera administrativa y la psico-socio-cultural se entrecruzan corresponde a la falta de personal médico con la especialidad de ginecología para que pueda realizar los controles ginecológicos y las muestras para la realización de PAP. Según refieren los entrevistados, estas prácticas eran llevadas a cabo anteriormente por una médica que asistía de manera rotativa a los diferentes CAPS de la zona, sin embargo por cuestiones personales la misma habría renunciado a su cargo, motivo por el

cual se han dejado de realizar los controles ginecológicos y las muestras de PAP. Ahora bien, esto no se debe exclusivamente a la falta de ésta profesional, también entran en juego las barreras psico-socio-culturales presentes entre las mujeres y el médico hombre que ha sido designado en su lugar para la asistencia, ya que según refieren las usuarias entrevistadas que el médico sea joven y hombre es una condición por la cual no acceden a realizarse las muestras ginecológicas, así como también el médico manifiesta reconocer la incomodidad de las pacientes, prefiriendo no realizar algunas prácticas vinculadas a la salud sexual.

Por otra parte, un insumo que no suele faltar en stock es el preservativo masculino, sin embargo por más que se promueve su uso ante la falta de métodos hormonales, las mujeres manifiestan que sus parejas masculinas no quieren utilizar los mismos ya sea por "incomodidad", porque no forma parte de sus prácticas cotidianas, o porque simplemente no les gusta a sus maridos, lo cual demuestra la resistencia de los mismos ante su uso y las relaciones de género al momento de trabajar sobre la accesibilidad psicosocio-cultural.

Otras de las *barreras psico-socio-culturales* identificadas corresponden principalmente a las creencias que tiene la población sobre la sexualidad y el embarazo en la adolescencia, las creencias religiosas propias de la zona y la percepción sobre las prácticas realizadas en los centros de salud en relación a la salud sexual y reproductiva.

Tanto los agentes de salud como la población comprenden que las relaciones entre los adolescentes acarrean "problemas", por lo tanto son las madres las encargadas de establecer pautas de cuidado, basadas principalmente en el diálogo, así como también son las que acuden al centro de salud en busca de preservativos para sus hijos/as. En relación a la influencia de las madres y abuelas en la crianza de las hijas, algunos autores refieren que la madre ocupa un papel central en la socialización de las hijas, transmitiendo pautas y valores acerca de los comportamientos aceptados como apropiados para las mujeres en lo que respecta a la sexualidad (Alcalá Valle, 2004; Climent, 2009). En este caso, tanto los pobladores y como los

agentes de salud, refieren que son las madres y las abuelas las que ocupan un papel significativo en la sexualidad de las adolescentes. Al comentar sobre los casos de adolescentes embarazadas, siempre focalizan en la importancia de la transmisión de pautas y valores que realiza la madre, haciendo referencia a que el embarazo en la adolescencia tiene relación con el tipo de crianza que hayan recibido las adolescentes de sus madres.

Por otra parte, muchas de las familias que habitan en la zona tienen fuertes creencias religiosas, principalmente las familias evangélicas, es así como las relaciones sexuales previas al matrimonio y el uso de métodos anticonceptivos no están permitidos entre sus miembros. Esto lo vemos cuando una de las enfermeras entrevistadas comenta que varios padres manifestaron sus quejas diciendo que "las maestras pervertían a las chicas" al realizar los talleres de sexualidad. Por otra parte, el pastor de la Iglesia Evangélica, manifiesta que varias de sus intervenciones como pastor se basan en inculcar en las parejas jóvenes el valor del matrimonio y la familia, fomentar el matrimonio ni bien alcanzada la mayoría de edad, evitar las relaciones sexuales previas al matrimonio y las posibles separaciones una vez constituida la familia.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, se torna explícita la desconfianza ante los métodos anticonceptivos entregados gratuitamente por salud pública, considerando que pueden estar en mal estado o vencidos. Aquí es importante marcar que la desconfianza surge del buen o mal estado del método anticonceptivo, sin embargo no se considera la posibilidad de que sea la incorrecta utilización u administración del mismo lo que lo torne ineficaz.

4.3. Aportes de la Psicología para el estudio de la SSyR en ámbitos rurales

Finalmente, en el presente apartado se desarrollarán los aportes que la psicología, específicamente la psicología comunitaria, puede realizar para el estudio de las políticas públicas sanitarias en los contextos rurales, con el fin de mejorar la efectividad de las mismas.

Cabe destacar que, durante mucho tiempo, la psicología se ha mantenido al margen de las problemáticas que atañen a ciertos grupos, como ser las comunidades rurales. Esto ocurrió por dos motivos, por un lado debido a la orientación hacia las poblaciones urbanas y su estudio, y por el otro a la fuerte impronta que tomó la psicología clínica tanto en la formación de los psicólogos como en el posterior ámbito del quehacer profesional.

En relación a la psicología orientada al ámbito sanitario, hoy en día ya no debiera ser extraño para los psicólogos pensar que la salud emerge de las condiciones de vida de los grupos poblacionales y sus entornos; y que, por lo tanto, se hace necesario comprender las especificidades de estos grupos y sus contextos de vida para abordar e intervenir en situaciones vinculadas con la salud. Sin embargo, no podemos negar que desde la psicología se han realizado esfuerzos por comprender los condicionantes psico-socioculturales intervinientes en los procesos de salud/enfermedad de los grupos poblacionales prioritarios, como ser las mujeres, los niños y jóvenes; y los grupos vulnerables como los ancianos y discapacitados. Sin embargo, como se ha dicho anteriormente, también es cierto que estos esfuerzos se han volcado mayormente a poblaciones urbanas, no habiendo recibido el mismo trato las poblaciones rurales, campesinas e indígenas. El problema reside en que a la hora de delimitar las problemáticas, planificar, ejecutar y evaluar las políticas sanitarias, la psicología ha debido extrapolar las categorías y herramientas desarrolladas para las poblaciones urbanas (D'Amore, González Cowes y Logiovine, 2015). Según refieren algunos autores, esto ha conducido a una universalización de lo urbano y a una invisibilización de las características diferenciales y particularidades de otros contextos de vida (Landini, Benítez y Murtagh, 2010) y de su impacto en los procesos de salud. Es en este contexto en donde se considera que la Psicología Comunitaria es la rama de la psicología que mejores aportes puede realizar para el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito rural, ya que la misma logra contemplar simultáneamente la dimensión rural y los elementos psico-socio-culturales que intervienen.

Como se ha delimitado en el marco teórico, la Psicología Comunitaria puede ser comprendida como una sub-disciplina centrada en el estudio de los fenómenos psicosociales de nivel comunitario (Montero, 2004), orientada a la intervención y al cambio social (Sánchez Vidal, 1991). Desde esta perspectiva, se considera al individuo como un actor social constructor de su propia realidad (Montero, 1991), que desarrolla en forma conjunta con los otros individuos capacidades y recursos para controlar y mejorar sus condiciones de vida, transformando su entorno según sus necesidades y aspiraciones, logrando de esta manera una transformación sobre sí mismos (Montero, 2003).

En la presente tesis se han desarrollado las características que cobra el proceso salud-enfermedad-atención, focalizando principalmente en el abordaje de la salud sexual y reproductiva, las prácticas realizadas tanto por los equipos sanitarios como las usuarias vinculadas a la sexualidad y sus cuidados; y las barreras en la accesibilidad que dificultan/obstaculizan el acceso real de las poblaciones rurales al Sistema Público Sanitario y a los beneficios del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Es en este punto en donde se torna imprescindible repensar acerca de los aportes que la psicología puede brindar a este contexto. En primer lugar, se considera que una psicología que contemple integralmente la dimensión rural y los elementos psico-socio-culturales intervinientes en el proceso salud-enfermedad-atención, puede aportar al análisis y a la elaboración de estrategias que faciliten el acceso real de las poblaciones rurales al sistema público de salud y a sus beneficios.

Por otra parte, cabe destacar que la psicología comunitaria posee herramientas conceptuales que permiten, en primer lugar, intervenir activamente en el diseño e implementación de políticas públicas de salud acordes a las características y a los modos de vida de los pobladores rurales. Y en segundo lugar, participar en la formación de los agentes del sistema de salud que actúan en este proceso de construcción e implementación de las políticas públicas en cuestión. En este sentido, los aportes de la psicología comunitaria resultan orientadores, ya que la misma promueve intervenir en

los fenómenos sociales a nivel comunitario, considerando al individuo como un actor social constructor de su propia realidad (Montero, 2004) y postulando como premisa principal la participación activa de la comunidad y la promoción de comunidades autogestoras para la resolución de sus problemas (Montero, 2004).

Finalmente, se considera que al comprender y analizar las dificultades y obstáculos con los que se encuentran las mujeres usuarias para acceder al sistema sanitario, se pueden elaborar estrategias conjuntas específicas, teniendo en cuenta las características, los intereses y las particularidades tanto de este grupo social como del ámbito específico, es decir el ámbito rural; favoreciendo la participación activa de las comunidades en el análisis de las dinámicas psicosociales vinculadas al proceso salud-enfermedadatención y en la construcción conjunta de intervenciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de salud de estas poblaciones.

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES

A modo de conclusión, cabe recordar que la presente tesis tiene por objetivo general analizar y describir la implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, derivado de la Ley N° 25.673, en los CAPS y Servicios de Nivel I en los municipios de Cerro Azul y Dos Arroyos del departamento de Leandro N. Alem, provincia de Misiones. Para cumplir con los objetivos propuestos se han administrado y analizado 20 entrevistas semiestructuradas, 10 a los profesionales y técnicos que se desempeñan en los servicios de Nivel I de la zona y 10 a las mujeres usuarias de los mismos. Los centros de salud en los cuales se ha trabajado corresponden al CAPS "Picada Santa Rosa", CAPS "Km 26", CAPS N° 38, CAPS "Dos Arroyos" y Hospital de Nivel I Cerro Azul.

La investigación estuvo focalizada en tres grandes ejes temáticos, los cuales se encuentran estrechamente vinculados a los objetivos específicos. Es así como el primer eje correspondió al perfil de las usuarias, el cual se vincula con el primer objetivo específico. En este eje se identificaron las características de las mujeres usuarias como ser la edad, escolaridad, lugar de residencia (urbano/rural), cantidad de hijos, estado civil, conocimiento del PSSyPR y utilización de los beneficios brindados por el mismo (uso de métodos anticonceptivos, realización de controles ginecológicos y obstétricos, realización de PAPs, etc). También se indagó sobre percepción de las usuarias en relación al trato recibido por parte del personal sanitario, las dificultades identificadas por ellas al momento de acceder al sistema de salud y las posibles estrategias de mejora.

El segundo eje de análisis, vinculado al segundo y tercer objetivo específico, se centró en el conocimiento que poseen tanto los profesionales y técnicos de los equipos sanitarios como las usuarias en relación al PSSyPR, la legislación y las prácticas llevadas a cabo desde el mismo. Un aspecto que surgió a medida que se avanzaba con el proceso de investigación fue la imposibilidad de separar el conocimiento de las prácticas realizadas

cotidianamente por ambos grupos (equipos sanitarios y usuarias). Ya que al identificar las prácticas (uso y entrega de métodos anticonceptivos, habilitación de espacios de consultoría individual y/o grupal, controles periódicos durante el embarazo, controles obstétricos y pediátricos, etc); los equipos sanitarios generalmente vinculaban estas acciones con los lineamientos centrales del PSSyPR. Sin embargo, las usuarias reconocían acceder a los servicios en búsqueda de estos beneficios, pero no lograban identificar que formaban parte de una política sanitaria específica.

El tercer eje de análisis correspondió al estudio de la accesibilidad al sistema público de salud. A lo largo del trabajo se fueron describiendo los obstáculos que dificultan el acceso de la población a los beneficios brindados por el sistema sanitario. Estos obstáculos han sido comprendidos teorizados como barreras en 1a accesibilidad. identificando principalmente las barreras administrativas, geográficas y psico-socioculturales. El estudio de la accesibilidad al sistema sanitario es un tema que atraviesa a la presente tesis debido a la importancia de analizar las características que cobra el proceso salud-enfermedad-atención en los ámbitos rurales, considerando sus especificidades y particularidades.

Además, en el apartado correspondiente a la discusión, se han presentado los aportes que puede realizar la psicología, específicamente la psicología comunitaria, para mejorar la implementación de las políticas públicas sanitarias vinculadas a la salud sexual y reproductiva en las comunidades rurales; estableciendo estrategias conjuntas con los actores sociales involucrados y generando espacios de capacitación constante, orientados a la comprensión y al reconocimiento de las características socio-culturales propias de estas comunidades.

Finalmente, no pueden dejar de mencionarse las limitaciones y las implicancias prácticas de la presente tesis. Por un lado, la principal limitación se debe a que al tratarse de un estudio focalizado en dos localidades rurales de la provincia de Misiones y al haber trabajado con una muestra poblacional pequeña, los resultados no pueden ser leídos como generalidades, sino como casos específicos que muestran las características

que cobra la implementación del PSSyPR en estas comunidades en particular. Sin embargo, pueden servir de antecedentes o guías para pensar en otras investigaciones que permitan conocer cómo se implementan las políticas sanitarias en territorios específicos. Por otro lado, la presente investigación aporta conocimiento útil para delimitar acciones específicas a realizar en las comunidades trabajadas, ya sea a nivel institucional y/o político, trabajando específicamente con las instituciones encargadas de gestionar y desarrollar acciones para el mejoramiento de las políticas públicas y sus alcances, así como también a nivel local/territorial, generando estrategias de mejora con los equipos sanitarios involucrados directamente en la puesta en acción de las políticas públicas en los servicios sanitarios en los cuales se desempeñan.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo M. (2009). Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 169-176.
- Alcalá Valle (2004) Respuesta de tres generaciones frente al embarazo de la adolescente soltera. *Investigaciones Andinas. Fundación Universitaria del Área Andina*, 8, 4-12.
- Ase, I. y Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud colectiva [online]. 5, 1, pp. 27-47.
- Climent, G. (2009) Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. (on line) *Revista Argentina de Sociología*, 7(13). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482009000200004&script=sci_arttext
- Climent, G. (2009) Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. (on line) *Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy, 37.* Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200010
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209.
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2005). Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, *12*, 137-143.
- D'Amore, E., González Cowes, V. y Logiovine, S. (2015). Reflexiones y aportes de la psicología para pesar el proceso de salud-enfermedadatención en el ámbito rural. En: Landini, F. (coord) *Hacia una Psicología*

- Rural Latinoamericana (2015). Bs As: UCP-CLACSO.
- Declaración de Alma Ata (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Evans, T. (2002). Desafíos a la falta de equidad en salud. OPS OMS. Fundación Rockefeller. Washinton DC. *Publicaciones científicas y técnicas*, 585, 63 -70.
- García, A. y Pereira, M. (2010). Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paideia*, 45, 123-131.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). El muestreo teórico. The discovery of grounded theory: *strategies for qualitative research*. (pp- 45-77). New York: Aldine Publishing Company.
- Gogna, M. (coord.) (2005), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas sociales. Buenos Aires: UNICEF, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Gómez, J.; Rubio, C.; Auchter, M.; y Waynsztock, L. (2010). Salud y Sociedad: curso en salud social y comunitaria. Bs. As. Ministerio de Salud de la Nación. (pp 11-83).
- Gómez, E. y Cogollo, Z. (2011). Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(5), 778-784
- González Galban, H. (2000) Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Revista Frontera Norte*, 12, 65-85.
- IPEC (2012). Gran Atlas de Misiones. Disponible en: http://www.ipecmisiones.com/w1/sites/default/files/Gran%20Atlas%20de %20Misiones%20-%20Cap%207%20(Leandro%20N.%20Alem)_0.pdf
- Landini, F., Benítez, M. y Murtagh, S. (2010). Revisión de los trabajos realizados por la psicología sobre pequeños productores agropecuarios. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 17, 221-229.
- Landini, F., Gonzalez Cowes, V. y D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para el abordaje de la accesibilidad cultural. *Cadernos de*

- Saúde Pública, 30(2), 231-244.
- Ley Nacional N° 25.673 (2003). *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Disponible En: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/ley_25673_SSR.pdf
- Ley Nacional 26.150 (2006). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Disponible en: http://portal.educacion.gov.ar/files/2009/12/ley26150.pdf
- Ley Provincial 4410 (2007). Ley de Educación Sexual de la Provincia de Misiones.

 Disponible en: http://www.diputadosmisiones.gov.ar/expedientes/docs/2007/sanciones/S A19763.pdf
- Leyva, N., Sosa, M., Guerra, D., Mojena, D. y Gómez, N. (2011). Modificación de conocimientos sobre salud sexual reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. *MEDISAN*, 15(3), 323-329.
- Long, N. (2007). Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor. México DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Magalhães, R. y Evangelista, T. (2010). Análise da produção científica sobre o uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1040-1045.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4, 100-119.
- Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulaciones e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2015). *Estadísticas Vitales. Información Básica Año 2014.* (58, serie 5, ISSN 1668-9054). Buenos Aires: Autores.
- Montero, M. (1991). *Psicología Social Comunitaria. Teoría y Método*. México: Guadalajara.
- Montero, M. (2003/2006) Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. (3ra Reimpresión). Buenos Aires.: Paidós.

- Montero, M. (2004/2008). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. (3ra Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* 87, 405-484
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Una mina de Información sobre Salud Pública Mundial. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf
- Pantelides, E. y Binstock, G. (2007) La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*, 5, 24-43.
- Pantelides, E. y Gaudio, M. (2009). Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas. *Revista Salud Colectiva*, 5 (2), 195-209.
- Pacualini, D. y Llorens A. (2010). (Comp.) Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. OPS-OMS. Facultad de Medicina. U.B.A.
- Ríos, A. (2008). Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. *Salud Uninorte*, 24(2), 351-358.
- Sampieri, R. (1997). *Metodología de la investigación*. McGRAW HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A.

- Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas, métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
- Salud y Sociedad. (2005) *Posgrado en Salud Social y Comunitaria*. Plan Federal de Salud. Modulo I. Unidad II, 55–87.
- Solitario, R., Garbus, P. y Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 15, 263-269.
- Soneira, A. (2016). La Teoría Fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En: I. Vasilachis de Gialdino (Coord), *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 153-174). Barcelona: Gedisa.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (13ra reimp. 2010). Buenos Aires: Paidós.
- Tejada de Rivero, DE. (2003). A 25 años de Alma Ata. *Revista Perspectiva de Salud*. *OPS*, 8(2). Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/Revistas/persp17span.pdf
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord), *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 23-64). Barcelona: Gedisa.

<u>ANEXOS</u>

MODELOS DE ENTREVISTAS

1. <u>Guía de preguntas a ser realizadas a los profesionales y técnicos integrantes de los equipos sanitarios</u>

Criterios de inclusión en la muestra referida al equipo de salud:

- (1) Trabaja como profesional/técnico de la salud en el sistema público.
- (2) Posee título académico de nivel universitario y/o terciario otorgado por una Universidad o por el Ministerio de Salud Pública, vinculado con la tarea que realiza.
- (3) Atiende a la población que asiste a los servicios del Nivel I de la zona.

<u>Preguntas de cono</u>	<u>cimiento</u>			
Nombre:				
<u>Edad</u> :				
Profesión/ocupacion	<u>ón</u> :			
<u>Especialidad</u>	(en	caso	de	los
médicos):				
Centro de Salud/H	ospital en que tra	<u>abaja (</u> puede ser 1	nás de uno):	
¿Hace cuánto tiem	po que trabaja e	n este Centro de S	Salud/Hospital?	
¿Qué función cum	ple?			
¿Desde cuándo cu	mple con esa fun	ción?		
Siempre ocupó es	sa función? ¿Cuá	il cumplía antes?		

EJES TEMÁTICOS	PREGUNTAS A POSIBLES		
	FORMULAR		
	¿Conoce el Programa de Salud		
1) Conocimiento de los	Sexual y Procreación		
profesionales/técnicos sobre el	Responsable?		
Programa de Salud Sexual y			
Procreación Responsable.	¿Cuáles son los aspectos más		

En este eje se pretende indagar si los profesionales/técnicos conocen el Programa de SSyPR y la Legislación que lo implementa, los beneficios que ofrece, y si logran identificar que las actividades realizadas en SSyR pertenecen a los lineamientos del programa.

importantes del Programa, según su punto de vista?

¿De quién depende el Programa? (Nación, Provincia, Municipio)

¿Cómo y quiénes diseñan y planifican los lineamientos de trabajo en SSyR?

¿Se trabaja con ese programa en este Centro/Hospital? ¿Desde cuándo?

¿Qué beneficios ofrece el Programa?

¿A quiénes van dirigidos estos beneficios?

¿Tiene alguna restricción sobre quienes reciben y quienes no estos beneficios?

¿Hay algún otro programa que también se encargue de la SSyR o de temas similares?

¿Podría contarme las tareas que realiza en este Centro/hospital vinculadas con la Salud Sexual y Reproductiva?

Reproductiva?
¿Qué otras acciones se realizan en este Centro de Salud/Hospital

en relación al tema? (aunque no

lo haga Ud.)

¿Estas acciones quien las planifica y lleva a cabo?

¿Con que recursos cuentan para llevar a cabo estas acciones? ¿Esos recursos de donde vienen?

¿Dónde se realizan estas actividades?

¿Hacen prevención de ITS-

2) Acciones realizadas por los equipos de salud en el marco del programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En este eje se busca que los profesionales/técnicos relaten y describan las tareas que realizan desde el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Además, se quiere indagar si ellos logran diferenciar cuando hacen asistencia, orientación, prevención y control y seguimiento.

embarazo, HIV-SIDA, etc? ¿Cómo trabajan la prevención?

¿Cuál es su percepción sobre los resultados que se van logrando con estas actividades?

En general, ¿Cuáles suelen ser las demandas de información y atención que hacen en relación a la Salud Sexual? ¿Quiénes son las/os que más consultan?

3) Dificultades que enfrentan los profesionales y técnicos de la salud para poner en práctica las acciones propuestas por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el contexto territorial y cultural.

¿Cuáles son las principales dificultades que Ud. visibiliza para poner en práctica las acciones derivadas del Programa u otras acciones relacionadas con la SSyR?

busca que el En este eje se profesional/técnico cuente/describa cuáles son las dificultades con las que se encuentran para planificar y ejecutar acciones. Ya sean estas de tipo económicas (como la falta de recursos), administrativas (que Salud Pública no envíe los anticonceptivos periódicamente), la falta de recursos humanos o la inexperiencia de los mismos, el desinterés o falta de iniciativa de las/os usuarias/os, la discontinuidad en las acciones y en las consultas realizadas, entre otras posibles.

¿Qué dificultades surgen en el trato con las/os usuarias/os cuando se trabajan estos temas?

¿Cómo se da el seguimiento o la implementación de las recomendaciones hechas por los médicos?

¿Por qué le parece a Ud. que algunas mujeres de la zona no siguen las recomendaciones o indicaciones que les hacen en cuanto a los controles, o lo hacen solo parcialmente?

4) Estrategias técnico/profesionales para la implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Cuando a Ud. se le presentan dificultades como "x" y "x" (algunos problemas q haya dicho), ¿Qué suele hacer Ud.?

En este eje se quiere indagar sobre las estrategias y acciones que implementan los equipos de salud ante los problemas encontrados. Se quiere conocer sobre el modo y la operatividad de los equipos para

¿Se ha hecho algo en el Centro/Hospital para enfrentar alguno de estos problemas? ¿Qué?

Según su experiencia, ¿qué

trabajar la salud sexual en este contexto y las acciones del quehacer cotidiano que muchas veces exceden lo técnico/profesional. propuestas o sugerencias piensa que podrían ponerse en práctica para mejorar estos problemas o, en términos más generales, mejorar la SSyR de la población?

¿Qué hace Ud. cuando surge algún problema en relación al Programa de SSyR? ¿Tiene a quien acudir para pedir ayuda o apoyo?

2. <u>Guía de preguntas a ser realizadas a las mujeres usuarias de los servicios</u> <u>de salud</u>

Criterios de inclusión en la muestra referida a las usuarias

- (1) Ser mujer de 14 años o más.
- (2) Haber asistido por lo menos 2 veces en los últimos 6 meses al Centro de Salud y/o Hospital de área.

reguntas de conocimiento
<u>Iombre</u> :
<u>dad</u> :
APS/Hospital:

EJES TEMÁTICOS	PREGUNTAS A POSIBLES FORMULAR	
1) Perfiles de las usuarias en relación con la edad, escolaridad, lugar de residencia, nivel socioeconómico percibido, estado civil y el conocimiento de los beneficios brindados por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.	¿Cuántos años tiene? ¿Tiene Hijos? ¿Cuántos? ¿De qué edades? ¿Dónde vive? ¿A qué distancia del CAPS queda su casa? ¿Está en pareja/casada/juntada/de novia? ¿Conviven? ¿Conoce la salita/CAPS/Hospital de área? ¿Se atendió alguna vez en el CAPS/Hospital de área? ¿Por qué motivos suele ir?	
2) Prácticas realizadas por las mujeres usuarias vinculadas al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.	¿Sabe que cosas/actividades se hacen en relación a la salud de la mujer en el Hospital/CAPS o la salita? 1. Embarazo: controles, vacunas, estudios clínicos. 2. Ginecología: estudios/PAP, controles ginecológicos 3. Anticonceptivo: entrega AO, inyectables, consejería	

	1
	de estas cosas? ¿Consultó por alguno de estos temas? ¿Cuáles? ¿Y cómo fue? ¿Quién le recomendó que podía hacer esto? (médico, promotora, vecina, etc) ¿Cómo fue la atención que recibió? ¿Por qué? ¿Cuáles son los
3) Dificultades y obstáculos que enfrentan las mujeres usuarias para acceder Sistema Público Sanitario y a los beneficios del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.	problemas/dificultades que pueden tener las mujeres para poder atenderse o cuando se atienden en la salita/CAPS en relación a éstos temas que venimos hablando? (ésta pregunta puede referir a las barreras administrativas y geográficas)
	¿A Ud. en particular, le pasó alguna vez esto?
	¿Tuvo alguna dificultad/problema cuando Ud. se atendió?
	¿Y algún otro problema que le haya pasado a Ud. y que me quiera comentar? (Ésta pregunta puede conducir a las barreras de tipo psico-socio-culturales).
4) Propuestas de las usuarias para mejorar la accesibilidad al Sistema Público Sanitario y a los beneficios del Programa de Salud Sexual y	¿Cómo le parece que se podría mejorar la atención que reciben las mujeres en relación a la salud materna, el embarazo, los anticonceptivos, etc? (Ésta pregunta es válida si la persona entrevistada habló sobre los problemas que encontró con soltura y fluidez)
Procreación Responsable.	¿Qué otras ideas se le ocurren que pueden ser interesantes en relación a la salud materna, el embarazo, los anticonceptivos, etc? ¿Conoce alguna
	amiga/hermana/vecina que quiera charlar conmigo de estos temas, así como Ud?

REGISTRO FOTOGRÁFICO



3. CAPS N° 38



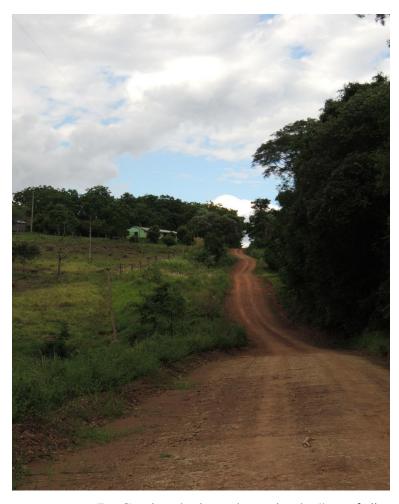
4. CAPS Km 26



5. CAPS Santa Rosa



6. Hospital de Área de Cerro Azul



7. Camino de tierra denominado "picada"



8. Plantación de tabaco



9. Galpón para el secado del tabaco



10. Localidad de Cerro Azul