

CeSAC N° 5- Hospital D.F. Santojanni  
Piedrabuena 3200-  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires-  
Argentina CP 1439- Tel: 011-15 6022 3118  
medicinafamiliarsantojanni@yahoo.com

Cal, Lorena; Galetar, María J.; Gonzalez,  
Mara G.; Gonzalez, María N.; Leguizamón  
Borgo, María P.; Niz, Luciana Y.; Noceti,  
Clara I.; Pellicari, Facundo M.; Pirraglia,  
Silvana A.; Quiroga, Lucía A.; Szlain,  
Micaela P.; Vignolo, María L.

# INCONSCIENTE CONCEPTIVO



**“Desde la sexualidad heteronormativa,  
hacia el principio del placer...”**

**Trabajo inédito**  
Junio 2014- Mayo 2015

Categoría: Clínica Ampliada/ Atención de problemas s-e-c  
Trabajo de investigación con enfoque cualicuantitativo

<b>INCONSCIENTE CONCEPTIVO: desde la sexualidad heteronormativa hacia el principio del placer</b>
Cal, Lorena; <u>Galetar, María J.</u> ; Gonzalez, Mara G.; Gonzalez, María N.; Leguizamón Borgo, María P.; Niz, Luciana Y.; Noceti, Clara I.; Pellicari, Facundo M.; Pirraglia, Silvana A.; Quiroga, Lucía A.; Szlain, Micaela P.; Vignolo, María L.
Centro de Salud Nº 5, Hospital Santojanni. CABA. Av. Piedrabuena 3140. CP: 1439. 011-4687-0494. <a href="mailto:medicinafamiliarsantojanni@yahoo.com">medicinafamiliarsantojanni@yahoo.com</a>
<b>Trabajo de investigación con enfoque Cualitativo-cuantitativo.</b>
<b>Clínica ampliada/Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c)</b>
<b>Introducción:</b> Diseñamos un consultorio de Salud Sexual (SS) compartido, encontrando dificultades para lograr un abordaje integral. <b>Objetivos:</b> Analizar y comparar las estrategias de abordaje de este tipo de consulta planteados en la literatura con el trabajo realizado en el CeSAC Nº 5. Reevaluar nuestra práctica cotidiana para mejorar el espacio a partir de la evaluación de las historias clínicas (HC). <b>Material y métodos:</b> Trabajo analítico, retrospectivo, transversal. Diseñamos una HC. Revisión y análisis con planilla de Microsoft Excel. <b>Resultados:</b> Se incluyeron 103 usuarios/as que asistieron al consultorio en un período de doce meses. 102 fueron mujeres. 46,07% tenían entre 20 y 29 años. 73,79% ya utilizaba MAC. Actualmente la cobertura se amplió al 95,15%.
<b>Discusión y conclusiones:</b> si bien inicialmente nos planteamos un consultorio compartido en la modalidad de consejería, con la intención de un abordaje integral, finalmente... en el inconsciente colectivo prima lo anticonceptivo.
<b>Propuestas:</b> Hacer una revisión conjunta de la HC con todos los profesionales que participan del consultorio y así acordar qué información interesa recabar para no dar lugar a subjetividades.
<b>Palabras clave:</b> Salud Sexual y Reproductiva, CeSAC, Integral, Consejería, MAC.
<b>Soporte técnico:</b> Cañón, Pantalla, Computadora.

## **INCONSCIENTE CONCEPTIVO**

### ***“Desde la sexualidad heteronormativa, hacia el principio del placer”***

#### **INTRODUCCIÓN**

#### **PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

El equipo de Salud Sexual que llevó adelante este proyecto, desarrolla su trabajo en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 5 perteneciente al área programática del Hospital Santojanni de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Trabajamos insertos en la Comuna 8, ubicada en la zona sur, la cual tiene los peores indicadores socioeconómicos de la ciudad que se ven expresados en: el nivel más alto de informalidad laboral -el cual alcanza a más de 27 mil personas-, el promedio del ingreso per cápita más bajo, la mayor tasa de desocupación femenina con 11,1%, altas tasas de mortalidad infantil (10,9/1000), la menor esperanza de vida -casi 7 años menor al promedio de la Ciudad y un alto índice de vulnerabilidad educativa (IVE) en el sector estatal de nivel primario.<sup>1,2</sup>

Es consabida la asociación entre bajo nivel socioeducativo y pobres indicadores en salud sexual y reproductiva. La comuna 8 muestra el calendario más joven y la fecundidad más alta de toda la Ciudad según datos estadísticos del Ministerio de Hacienda de CABA.<sup>3</sup> Podemos encontrar en adolescentes, baja cobertura anticonceptiva, alta tasa de infecciones de transmisión sexual (ITS), alta tasa de embarazo –la cual duplica a la del resto de la ciudad- y embarazos no deseados, y sólo el 50% del total de las madres pueden terminar sus estudios.<sup>4</sup>

Son las mujeres con menor educación formal y en situación de pobreza quienes, si usan alguna protección, recurren con mayor frecuencia a prácticas poco eficaces; lo que las vuelve el grupo más expuesto a embarazos no deseado se ITS.

Sostenemos que el ejercicio de la sexualidad debería ser siempre un acto deseado, planeado. Informado y consentido.

En el transcurso del 2013, la residencia de Medicina General y Familiar junto a otros profesionales de nuestro CeSAC, realizó varias postas de salud comunitaria en el barrio de Ciudad Oculta, Villa 15. A partir de las postas realizadas, pudimos evidenciar que el 61% de los y las participantes referían no utilizar ningún método anticonceptivo (MAC)<sup>5</sup>. Estos desalentadores indicadores nos llevaron a pensar en un consultorio exclusivo de salud sexual, concebido en forma conjunta, desde la Residencia de Medicina General y el área de Trabajo Social.

Hasta el momento esta temática era abordada en el marco de otras consultas, quedando su abordaje integral relegado a la mera interconsulta y elección del método, sin una articulación real entre servicios. Por esta razón se acuerda la creación de un consultorio compartido con la modalidad de consejería para evitar la fragmentación de la atención y facilitar la accesibilidad.

La residencia no realizaba prácticas de Salud Sexual (SS) como colocación de Dispositivo Intrauterino (DIU), ni existía el implante hormonal como recurso material. Al permitirnos repensar nuestras formas de abordar la temática impulsamos tanto la apertura del consultorio así como el pedido al Programa de SS de CABA de implantes hormonales, ya que nos habíamos capacitado previamente en su colocación.

En junio del 2014 inauguramos la atención, dedicando los viernes a la mañana a las consejerías con 6 turnos programados y los viernes a la tarde a la colocación y control de DIU e implantes hormonales, previa capacitación con médicas de planta. Confeccionamos una historia clínica (HC) específica (anexo 1) y se destinó una carpeta para archivar dichas historias. Con el paso de algunos meses, decidimos agregar turnos para consultas de demanda espontánea. Diseñamos folletos que contienen información sobre uso correcto de los Anticonceptivos Orales (ACO), cómo actuar ante olvidos y la correcta aplicación de Anticonceptivos Inyectables (ACI) (anexo2).

En sintonía con el consultorio, llevamos a cabo distintas postas de salud sexual en el barrio, en conjunto con Trabajo Social, Antropología, Pediatría, Enfermería y Ginecología, en donde a través de actividades lúdicas y recreativas abordamos los distintos aspectos de la sexualidad desde una perspectiva integral.

Además, nuestro CeSAC cuenta con el espacio de Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnostico (CEPAD) desde el año 2000, en donde se realizan testeos

voluntarios y anónimos de ITS, siendo este un recurso más que contamos para facilitar el acceso a los tests, información y consejerías.

Una vez puesto en marcha el consultorio compartido, la práctica diaria y el análisis en pases, dieron lugar a cuestionamientos y replanteos de la forma de llevar adelante la consulta así como también sobre las modalidades de registro de las mismas.

Observamos que:

- La consulta pocas veces se alejaba de lo estrictamente anti-reproductivo.
- Solo se acercaban mujeres heterosexuales en edad fértil a consultar.

En base a esto surgieron las siguientes hipótesis:

- Las HC y nuestra formación (teñida por el modelo médico hegemónico) nos condicionan a abordar la temática de la sexualidad, cayendo en lo meramente biologicista, enfocándonos solo en la anticoncepción de nuestras/os usuarias/os.
  - El material elaborado para la difusión del espacio, no supo transmitir adecuadamente la intencionalidad del dispositivo.
  - La SS se presume heterosexual y antireproductiva.
  - Existe una falencia en nuestra formación de grado respecto al manejo integral de este tipo de consultas.

Con el propósito de re-evaluar el impacto del consultorio compartido y de pensarnos en la intención de un abordaje integral de las/los usuarias/os sin caer en el eufemismo de la “Salud sexual y reproductiva”, decidimos llevar adelante este trabajo.

### **TEORÍAS A LAS QUE SE ADHIERE**

Desde el punto de vista epistemológico, consideramos que los paradigmas vigentes para entender la realidad y explicarla, hoy no dan cuenta de la **complejidad** de la misma, ni por ende de las manifestaciones que desde los servicios de salud abordamos cotidianamente<sup>6</sup>. Los fenómenos con los que trabajamos no pueden visualizarse desde

causalidades lineales, tampoco desde la simple asociación de variables. Deben ser abordados desde una lógica más amplia y desde la interdisciplina, lo cual resulta arduo en la práctica diaria y se lleva gran parte de la energía profesional.

La condición de **clase** permite que se reproduzcan prácticas sociales, da marco, condiciona y permite la lectura de los procesos de salud -enfermedad- atención de las personas con las que se trabaja, es decir considerando su historia, sus derechos, el contexto en el que viven, sus redes de contención primarias y secundarias, sus recursos personales (educación, vivienda, trabajo, capital cultural, vínculos, etc.), la relación con su cuerpo y las formas de cuidarlo, así como la relación con el sistema de salud.<sup>7</sup>

A la vez consideramos la **perspectiva de géneros** como eje ineludible, que nos permitirá reflexionar sobre la implementación de estrategias para abordar la sexualidad y la salud como un aspecto central en la construcción de la identidad y subjetividad de las personas y como condición básica de ciudadanía. Hablar de perspectiva de géneros, es reconocer las construcciones socio culturales que los determinan y cuánto influyen en el acercamiento al sistema de salud<sup>8,9</sup>.

### **PROBLEMA: OBJETO DE ESTUDIO**

Partimos de la idea de armar un consultorio compartido entre la residencia de Medicina General y Familiar y una Licenciada en Trabajo Social, con una mirada integral, pensando en todos los aspectos de la sexualidad de las personas pero: ¿Con cuantas dificultades nos encontramos a la hora de intentar un abordaje integral? ¿Cuán dificultoso es sacar del eje tanto de nuestra mirada como de la de quienes asisten al consultorio, la anticoncepción y la presunción de heterosexualidad?

## **OBJETIVOS:**

1. Analizar y comparar las estrategias de abordaje de la consulta de salud sexual y derechos sexuales planteados en la literatura con el trabajo realizado en el CeSAC N° 5 en el consultorio destinado a tal fin.
2. Reevaluar nuestra práctica cotidiana a partir de la evaluación de las historias clínicas para mejorar el espacio de salud sexual según las necesidades de las personas que acuden al CeSAC N° 5, brindando una atención integral y longitudinal.
3. Evaluar la satisfacción con el consultorio y cobertura anticonceptiva de las personas que concurrieron al mismo.
4. Actualizar el conocimiento sobre el marco legal en materia de salud sexual y derechos sexuales.

## **CONTEXTO DE ESTUDIO**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud sexuales el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere de un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se obtenga y mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y promovidos”<sup>10</sup>.

A partir de este punto, que rechaza la visualización de la sexualidad como una realidad puramente biológica y genital, y actualizando un poco los conceptos de la OMS, la sexualidad deja de ocupar el rol de “estado”, inamovible e impermeable , para pasar a ser un proceso, una construcción.

Se puede pensar entonces a la sexualidad como una construcción social e histórica que involucra valores, creencias, prácticas y concepciones. Se trata de un proceso que se construye entre todos y todas e involucra los deseos, las fantasías, la vivencia y la participación de los cuerpos. Comprende distintos ámbitos de la vida como la reproducción, el erotismo, el placer y las definiciones políticas de las orientaciones sexuales o las

identidades de género. Es conceptualizada como un derecho humano y como tal resulta un componente fundamental de la salud y las intervenciones sanitarias.

En la esfera jurídica de la salud, los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, la dignidad y la igualdad inherentes a todas las personas sin distinciones. Estos derechos incluyen el derecho a la libertad sexual, a la autonomía, a la integridad y seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la equidad y al placer. También contemplan el derecho a la expresión sexual emocional, a la libre asociación sexual, a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables, a la información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral y a la atención de la SS.<sup>10</sup>

A partir de la reforma constitucional del año 1994 el derecho a la salud es considerado uno de los derechos humanos básicos al otorgar jerarquía constitucional a los tratados internacionales, entendiéndolos como complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos<sup>11</sup>. El Estado Argentino reconoce el pleno ejercicio de los derechos sexuales en el marco del derecho a la salud y el reconocimiento de la ciudadanía. No obstante, durante mucho tiempo estuvieron asociados a la heterosexualidad. Esto implicó el desconocimiento y la exclusión de una gran parte de la población.

La Ley Nacional 25.673 brinda un marco para la protección de los derechos sexuales y reproductivos e incluye el libre derecho a ejercer la orientación sexual sin discriminación ni violencia<sup>12</sup>. De la misma forma, garantiza el derecho a elegir si tener o no tener hijos, con quién, el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos. Las acciones de prevención, erradicación y tratamiento de violencia contra las mujeres están contempladas en las leyes 26.485<sup>13</sup> y 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar<sup>14</sup>.

### ***DISPOSITIVO DE CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL***

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) promueve los derechos sexuales y reproductivos de la población. Además define el dispositivo de las consejerías como una estrategia central de promoción y prevención de la SS y reproductiva con perspectiva de derechos y géneros.<sup>12</sup>

En este sentido, las consejerías constituyen un dispositivo que promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico; donde se deben incorporar

estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores. Desde esta perspectiva, contribuyen a facilitar el acceso universal y gratuito, la igualdad de oportunidades, la calidad de la atención y la redistribución de los recursos materiales y simbólicos.

Las consejerías integrales tienen al menos 3 elementos: la difusión de información, la atención personalizada y con privacidad, y las oportunidades en otros servicios. Además, se guían por los principios de Autonomía personal, Equidad, Diversidad y Salud integral.

Es importante proveer una atención integral de la SS, mediante una escucha atenta y desprejuiciada teniendo en cuenta que las prácticas sexuales son múltiples y dinámicas. No se trata de imponer o limitar las experiencias sino de suministrar información apropiada para la toma de las decisiones. De esa manera, se promoverá la SS como un derecho real para todas y todos.

Sin ser llevadas a cabo específicamente hacia ellas, y aun con cierto discurso de engañosa universalidad, las consejerías tienden a ser difundidas particularmente hacia las mujeres.<sup>15</sup> El ser pensadas en clave de géneros puede explicar algo de esta realidad. Siendo las mujeres el núcleo principal de la opresión y violencia de género y víctimas de la alta morbilidad en momentos de gestación, es claro que las políticas estatales de innumerables países las categoricen como población blanco de los programas de SS. Esto, sin embargo, puede convertirse en contraproducente a la hora de intentar instalar una política de autocuidado en personas de géneros, orientaciones sexuales y bagajes culturales diferentes. Así, el enfoque de la reducción de daños puede, de alguna forma, invisibilizar cuestiones tan relevantes como el placer o la negociación de un MAC para la pareja, ya sea ocasional o estable.

Siguiendo en esta línea, la adquisición de información de MAC también está atravesada por los ámbitos permitidos cultural e históricamente para hombres y mujeres. Es así como, los hombres adquieren estos saberes principalmente del espacio público, “la calle”<sup>16</sup>, acuden a fuentes informales como amigos, películas pornográficas, la información es fragmentada e incierta y muchas veces los relatos de otros exageran o alteran los hechos para lograr más fama entre el grupo de pares.<sup>15</sup> En cambio, las mujeres suelen preferir la privacidad de un consultorio o de una charla íntima con alguna amiga o familiar. Y en la misma dirección, la elección de un ámbito más privado y/o medicalizado por parte de las mujeres se vincula con el modo en que históricamente se ha controlado el cuerpo y la

sexualidad de las mujeres. Así, es comprensible que las mujeres se informen con profesionales de la salud ya que la mayoría de los MAC tienen un contacto directo con su cuerpo, y hasta requieren de la intervención de personal capacitado para su utilización (DIU, inyección).<sup>17</sup>

Para eso y por eso hablamos de “empoderar” a las personas con conocimientos, instrumentos técnicos, jurídicos y políticos para construir su subjetividad en un marco de igualdad, garantizada por los derechos humanos. No se trata de igualdad entre los sexos: sería un contrasentido en los términos, ya que sexo es diferencia. Se trata, sí, de la igualdad de derechos, que no ocurre espontáneamente sino a través de las acciones políticas que la instauren en la forma concreta de la equidad de género.

Sin embargo, parece imposible modificar un modelo fuertemente internalizado, que se basa en las asimetrías de las interrelaciones humanas en general y sostiene las desigualdades entre el que sabe y el que no sabe, entre el que ejecuta y el que es pasible de la acción. La ausencia de una visión integradora descompromete al efector de las respuestas que debiera ofrecer en pos de la salud real de quienes demandan su accionar.<sup>18</sup>

Las acciones sanitarias, las intervenciones médicas especialmente, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y asimetrías de poder político y económico, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera.

Ni las buenas intenciones, ni la calidad de la atención brindada legitiman las acciones que ejerce el Estado a través de sus sistemas de salud, si no se comparten con las comunidades los significados culturales y el sentido de las acciones en cada contexto<sup>19</sup>.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Previo a la apertura del consultorio, se diseñó una historia clínica específica de salud sexual. Esta consta de los siguientes datos: datos filiatorios, escolaridad, familigrama, antecedentes personales, medicación habitual, antecedentes ginecoobstétricos, ITS, MAC y último PAP.

Con los datos recabados de las historias clínicas, se realizó una planilla Excel a partir de la cual se analizaron con el método chi square,  $P < 0,005$ .

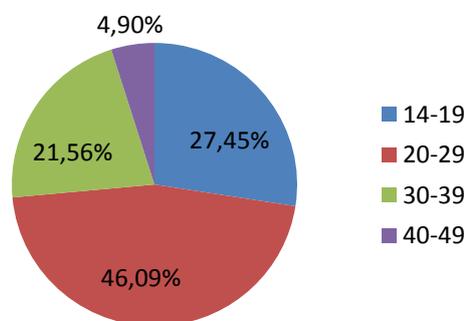
Se realizó una encuesta telefónica para evaluar la satisfacción de las/los usuarias/os que constaba de las siguientes preguntas:

1. Defina el grado de conformidad con la atención en el consultorio utilizando escala numérica del 1 al 10: 1-4 bajo grado; 5-7 moderado grado; 8-10 alto grado.
2. ¿Modificaría algo del mismo?
3. ¿Actualmente está utilizando preservativo y/u otro MAC?

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 103 usuarios/as que pasaron por el consultorio entre Junio del 2014 y Mayo del 2015, de las cuales 102 fueron mujeres. De ellas la mayoría correspondió al grupo etario entre 20 y 29 años quienes representaron un 46,07% del total. Debido a que solo participo del consultorio un solo hombre, la relación es no significativa.

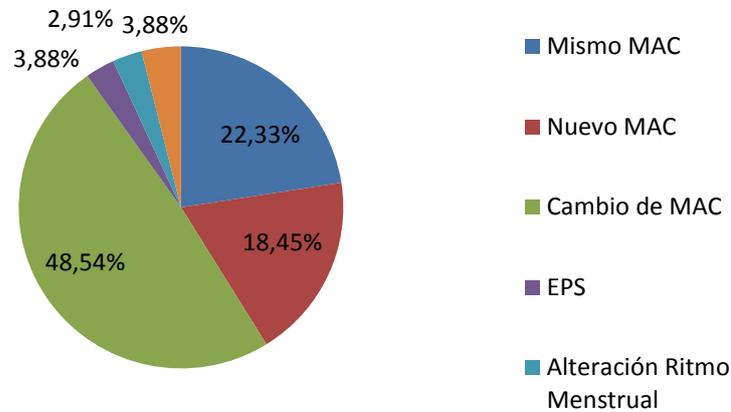
**Gráfico N° 1: Edad**



$$X^2 = 3,512 \quad P = 0,431$$

Analizando el motivo de consulta en relación con la edad se observó que la mayoría concurría para cambio de MAC, 50 usuarios/as (48,54%), en segundo lugar para mantener su MAC, 23 usuarios/as (22,33%) y en tercer lugar para solicitar un nuevo MAC, 19 usuarios/as (18,45%). La relación resultó significativa.

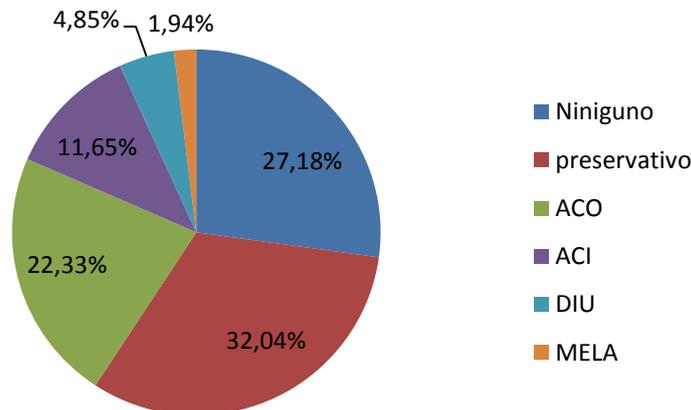
**Gráfico N° 2: Motivo de Consulta**



$$\chi^2 = 21,151 \quad P = 0,000$$

Respecto del MAC que venían utilizando aquellos que consultaron al espacio la mayoría usaba preservativo: 33 usuarios/as (32,04%), en segundo lugar ACO: 23 usuarios/as (22,33%) y en tercer lugar ACI: 12 usuarios/as (11,65%). Esta relación resultó significativa de acuerdo a la edad.

**Gráfico N°3: MAC previo al acceso al consultorio de SSyR**

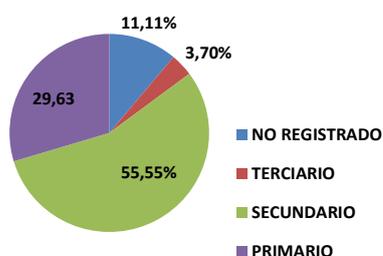


$$\chi^2 = 11,507 \quad P = 0,012$$

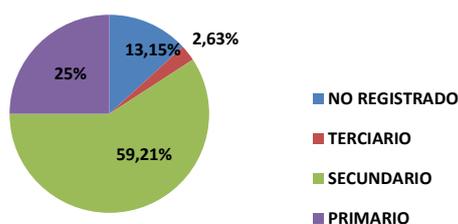
Respecto al grado de escolaridad en relación al uso de MAC previo a la llegada al consultorio, se desprende que 45 usuarios/as (59,21%) de los/las que tenían un método anticonceptivo, contaban con estudios secundarios (completo o incompleto).

**Gráfico N°4: Uso de MAC previo a la llegada al consultorio con respecto a escolaridad**

**SIN MAC PREVIO**



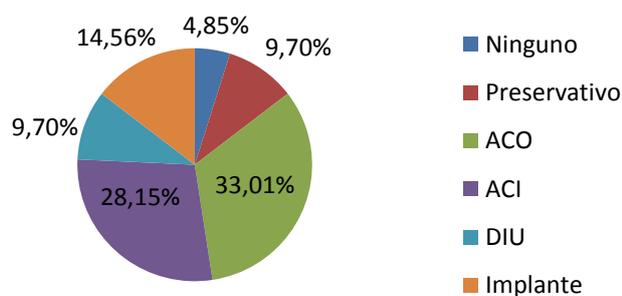
**CON MAC PREVIO**



$\chi^2 = 0,808$   $P = 1,000$

Luego de haber concurrido al consultorio, se mostró un incremento en el uso de MAC: 34 usuarias ACO (33,01%), 29 usuarias ACI (28,15%), 10 usuarias DIU (9,70%) y 15 usuarias comenzaron a usar Implante Hormonal (14,56%). Esta relación resultó significativa.

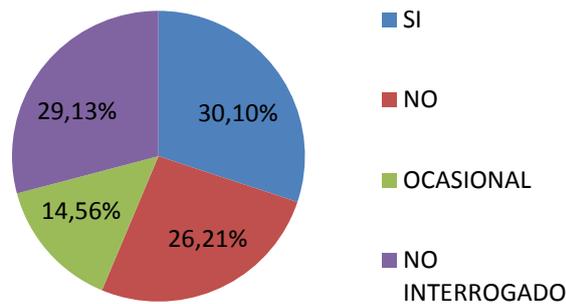
**Gráfico N°5: MAC posterior al acceso al consultorio de SSyR**



$\chi^2 = 13,404$   $P = 0,005$

Respecto al uso de preservativo del total de las usuarios/as la mayoría refirió usarlo (30,10%). Un 26,21% afirmó no utilizarlo y un 14,56% hacerlo en forma ocasional. El 29,1% no fue interrogado. La relación entre edad y el uso de preservativo no fue significativa.

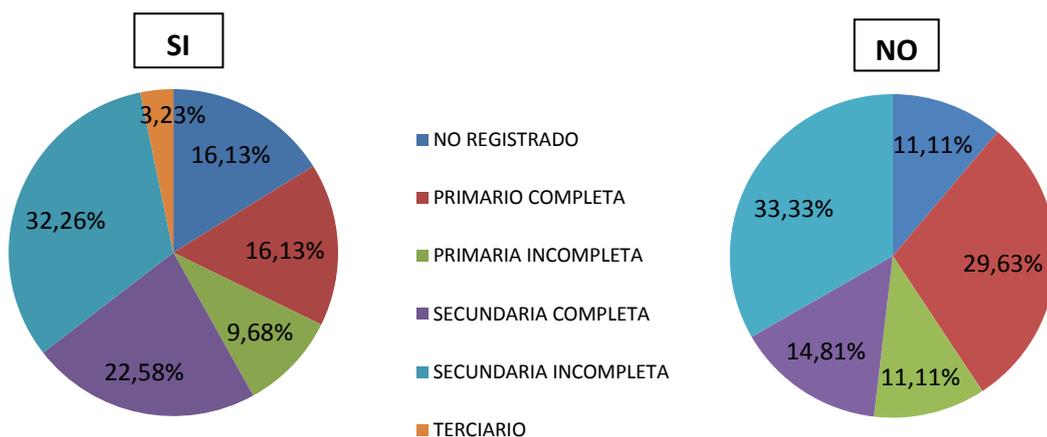
**Gráfico N°6: Uso de preservativo**



$\chi^2 = 5,436$   $P = 0,189$

Tanto las/os usuarias/os que dijeron usar preservativo (32,26%) como aquellos/as que dijeron no usarlo (33,33%), tuvieron como máximo nivel de estudios alcanzados el secundario incompleto. Este resultado fue estadísticamente significativo.

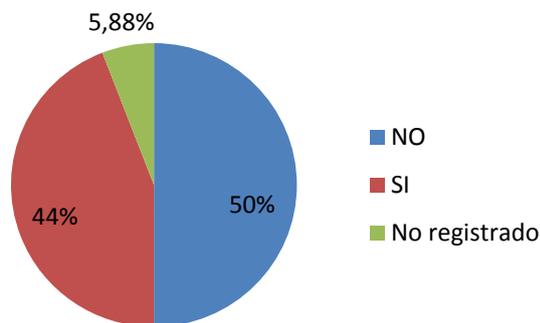
**Gráfico N°7: Uso de preservativo con respecto a la escolaridad**



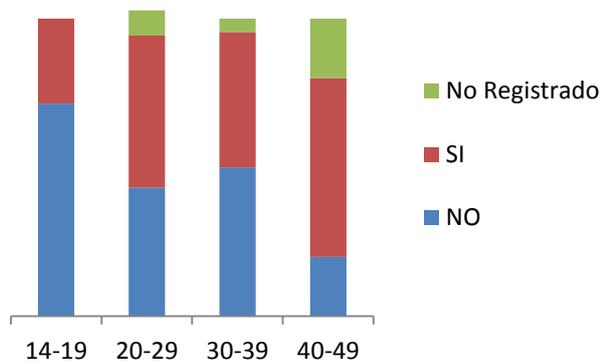
$\chi^2 = 15,789$   $P = 0,002$

Analizando si las mujeres que asistieron al consultorio (102) tenían el PAP actualizado (consideramos PAP actualizado aquel realizado en el último año), la mitad refirió no tenerlo (50%). Hubo 6 usuarias en cuyas historias no se registró este dato. Analizando este dato por edades, se observó una falta de cobertura en aquellas entre 14 y 19 años (71,43%). Las mujeres entre 30 y 39 años deberían ser la población objetivo de pesquisa de CCU, pero la mitad no tenía el PAP actualizado (50,00%). Esta relación resultó significativa.

**Gráfico N°8: PAP actualizado**



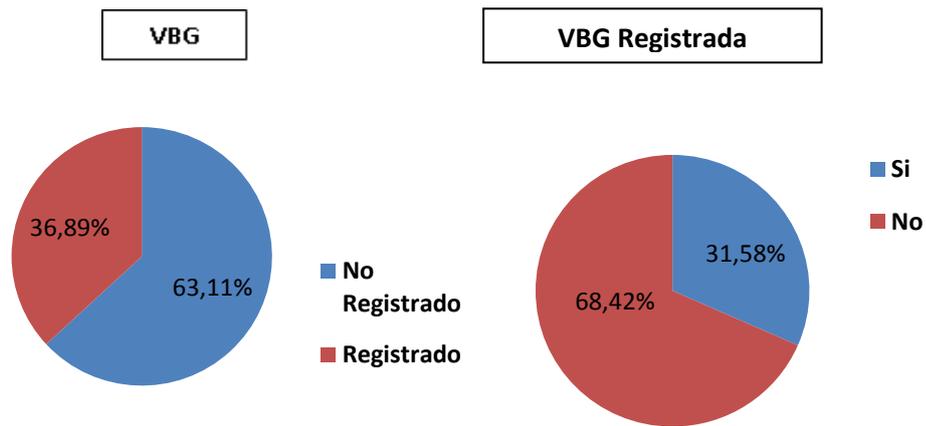
**Gráfico N°9: PAP actualizado por edad**



$$\chi^2 = 10,636 \quad P = 0,031$$

Con respecto a la percepción de Violencia Basada en Género encontramos que en la mayoría (65) de las Historias Clínicas no se registró este dato (63,11%). De los 38 usuarias/os que fueron interrogados, 12 refirieron VBG (31,57%). La relación entre pesquisa de violencia y edad no resultó significativa.

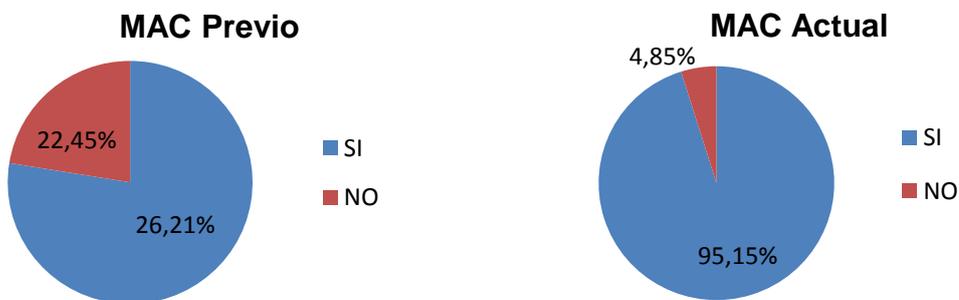
**Gráfico N°10: Pesquisa de Violencia basada en Género**



$$X^2 = 4,953 \quad P = 0,292$$

Con respecto a la cobertura con MAC se observó que de 103 usuarias/os que pasaron por el consultorio, 76 ya poseían MAC previamente (73,79%), mientras que, en la actualidad la cobertura se amplió a 98 (95,15%). Esta relación resultó significativa.

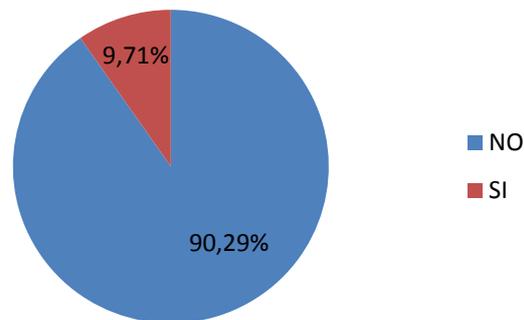
**Gráfico N° 11: Cobertura con MAC antes y después de concurrir al consultorio de SSyR**



$$X^2 = 15,789 \quad P = 0,000$$

En 93 HC (90,29%) no fue registrada la invitación al CePAD para rastreo de enfermedades de transmisión sexual; sólo en 10 (9,71%) se registró este dato.

**Gráfico N° 12: Invitación a CEPAD**



**Encuestas telefónicas:**

Nos pudimos comunicar con 39 usuarias/os (37,86%), de las/os cuales el 100% refirió un alto grado de conformidad con el consultorio (8, 9, 10). Solo una de las pacientes modificaría algo del mismo, manifestando que tuvo que esperar más de media hora en la sala de espera para que se la atiendan.

Al momento de la encuesta estaban utilizando MAC 36 pacientes (92,3%), las 3 restantes refirieron no utilizarlo porque no se encontraban en pareja.

Cuando interrogamos sobre la utilización de preservativo, de las/os 39 usuarias/os solo 6 lo utilizaban (15,38%), mientras que 33 (84,61%) no lo hacían.

**CONCLUSIONES: “EL PATRÓN DEL MAC”**

Al comparar los resultados obtenidos a partir de las HC del consultorio de SS y las encuestas telefónicas realizadas, con las hipótesis iniciales llegamos a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de las mujeres que asistieron al consultorio fueron aquellas entre 20 y 29 años, seguidas de las comprendidas entre 14 y 19. Esto podría deberse a que se encuentran en edad fértil y muchas se acercan al CeSAC en el marco de sus embarazos, o

cuando concurren con sus hijos para controles de salud. Esto coincide con los datos aportados por el censo 2010 y diferentes Análisis de Situación de Salud realizados en el marco de la Ciudad que subrayaron que la comuna 8 es la que presenta mayor cantidad de personas menores de 18 años y la tasa de embarazo adolescente duplica la del resto de la ciudad.<sup>1,2</sup>

- La mayoría de los motivos de consulta fueron en relación a MAC. Esto concuerda con nuestra hipótesis inicial de que el material elaborado para la difusión del espacio, no supo transmitir adecuadamente la intencionalidad del dispositivo. Sin embargo es pertinente remarcar que la promoción del acceso a MAC se hizo desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos haciendo hincapié en la autonomía de la mujer en la elección de un método.

Más allá de esto, es de destacar la importancia de que en la actualidad la cobertura con MAC se amplió al 95,15% en relación al 73,79% inicial. Esto se logró gracias a que contábamos con métodos anticonceptivos para hacer entrega en el momento en que fueran solicitados ya que no solo abordamos la temática a través del consultorio sino que también lo hicimos a partir de postas de salud en el barrio, demanda espontánea y talleres en sala de espera. Esto último nos permitió tomar mayor contacto con la comunidad y generar vínculos de referencia, contribuyendo a derribar algunas de las barreras de accesibilidad que impone el centro de salud.

- Luego del paso por el consultorio la elección del MAC coincidió con los porcentajes encontrados en la bibliografía: la mayoría eligió ACO, en segundo lugar ACI y luego el implante hormonal, seguido por mínima diferencia del DIU y preservativo como único método.<sup>16</sup>

- Se evidenció un alto porcentaje de aceptación hacia el implante hormonal subdérmico, un MAC de reciente adquisición a nivel de salud pública. Ante esta realidad encontramos dificultades como el hecho de que el programa de SSyR nos enviaba escasos implantes en relación a la demanda. Así, muchas veces, los deseos individuales de las pacientes quedaron relegados frente a la disponibilidad del método elegido, fallando

cotidianamente la aplicación de la Ley de SSyR, que cita que toda mujer debería poder acceder al MAC que desee.

- En cuanto al preservativo, el 33% refirió usarlo previo al paso por el consultorio. Muchos/as referían usarlo ocasionalmente, pero al no estar especificado en la HC si el uso era correcto o no, este dato es de utilidad parcial. Al pasar por el consultorio, la mayoría de las mujeres eligió usar otro método anticonceptivo además del preservativo (solo un 9,7% optó utilizarlo como único método). Esto podría ser por la dificultad de las mismas para negociar el uso correcto con sus parejas. También nos conduce a pensar, que muchas veces es el mismo equipo de salud quien por ansiedad propia, se ve en la necesidad de hacer entrega de otros MAC además del preservativo, asumiendo el uso incorrecto del mismo y sin trabajar en la construcción de cuidado en relación a las infecciones de transmisión sexual y el uso diferente del preservativo según la práctica sexual.

- Independientemente del nivel de escolaridad alcanzado no hubo diferencias en cuanto a la cobertura anticonceptiva. Esto contradice conceptos mencionados en la introducción del trabajo en donde vinculábamos el mayor nivel de escolaridad con una mayor cobertura anticonceptiva; aunque claro está que existen otros factores personales, institucionales, culturales y sociales que influyen al momento de optar o no por un método.

- Indagar sobre VBG es uno de los tantos rastreos que pretendemos tener siempre en cuenta. Encarando una variable de tal sensibilidad en un consultorio compartido; con los recursos semi-dispuestos para abordar un caso positivo; encontramos que –al menos a la hora del registro- muchas/os usuarias/os (el 63,11%) se fueron sin que se registrara si sufrían algún tipo de violencia. Quizás porque tememos no tener los recursos engranados para dar respuesta a una demanda de apremio, quizás porque la historia clínica no incluía este ítem como uno más o porque no nos sentimos preparados para el compromiso emocional que conlleva este tema; lo cierto es que no hubo historia clínica donde no se registrase algún antecedente que pudiera contraindicar un MAC; pero sí hubo un importante subregistro de este dato. Reconocemos la dificultad para introducir preguntas para detectar este tipo de situaciones, cuestión que fue reflexionada posterior a las consultas y a partir de lo cual se intentó mejorar la estrategia para preguntar al respecto. Consideramos que

indagar sobre VBG implica en principio reconocer acciones u omisiones, y prácticas cotidianas como los micromachismos, que están presentes en la vida diaria y que ni siquiera socialmente son reconocidas con facilidad como expresiones de violencia. De aquellas personas a quienes si se les preguntó, el 31,38% refirió ser víctima de VBG y recibió el acompañamiento y soporte necesario que dan los recursos existentes en nuestra Área programática. Es esta otra de las situaciones donde el modelo más tradicional de la medicina, con un enfoque más biologicista se nos termina imponiendo tanto, que dejamos de registrar un determinante social de la salud de las mujeres clave -y muy resonante hoy día-. Parecería evidente que no solo alcanza con agregar el ítem “VBG” a nuestras historias clínicas sino que es un cambio de estructuración mental el que nos obligará a tomar éste como otro de los motivos que pueden SER la indicación de un MAC, reflejando cuántas veces el ejercicio de la sexualidad no es una elección.

- Podemos observar una deficiencia en nuestra labor a la hora de registrar la invitación a nuestros pacientes al espacio de CePAD. Esto pudo deberse a que algunas veces el asesoramiento se da por sentado y hay un subregistro del mismo en las HC. Cabe aclarar que para todos/as los que fuimos parte de este dispositivo existía un acuerdo en relación a la promoción del espacio de testeo, ya que la consejería se encuadra en la integralidad.

- Algo a destacar del cual no tenemos un dato numérico que lo respalde porque hace a la cuestión cualitativa y al contacto con cada paciente, e incluso hubo mujeres que lo registraron y manifestaron, es que se observó que la atención en el consultorio compartido era muy diferente a las consultas realizadas anteriormente en otros espacios de salud. En principio se sorprendieron por la propuesta ya que venían solamente a demandar el acceso a MAC, por otro lado les llamo la atención el tiempo de la consulta, la dedicación y la accesibilidad.

Creemos valioso haber iniciado este proceso de cuestionamiento de nuestras prácticas, y la modalidad de registro, ya que estas definen lo que ofrecemos a la población, condicionándola, sin dar lugar a que surjan otras temáticas asociadas a la salud sexual

integral, y como nos limitamos asumiendo el lugar tradicional del pensamiento médico hegemónico a la hora de la consulta.

Si bien inicialmente nos planteamos un consultorio compartido en la modalidad de consejería, con la intención de un abordaje integral, finalmente... en el ***inconsciente colectivo prima lo anticonceptivo***.

## **PROPUESTAS**

Vencer los estereotipos impuestos por nuestra formación es evidentemente más difícil de lo que creemos. Tan signadas están nuestras prácticas en cualquier orden de nuestras vidas, que pretender dejar fuera del consultorio la heteronorma, el patriarcado y el biologicismo, es cuanto menos, iluso.

Sin embargo seguimos creyendo y queriendo un consultorio integral, libre de prejuicios y abierto a hacer de la sexualidad un tema de consultorio tan vasto y amplio como en la realidad es.

### **Nos proponemos:**

- Hacer una revisión conjunta de la HC con todos los profesionales que participan del consultorio y así acordar qué información nos interesa recabar para no dar lugar a subjetividades. Destinaremos un espacio al registro de las prácticas sexuales, al disfrute o no de las mismas, a VBG y a las ITS.
- Incorporar al consultorio la posibilidad de realizar test rápido de HIV recurso, que próximamente se incorporara al CeSAC, de forma voluntaria y anónima.
- Convertirnos en efectores del programa de salud sexual y reproductiva de CABA, con el objetivo de mejorar la organización de nuestras prácticas en SS y poder volver más accesibles los métodos anticonceptivos que las personas elijan, de acuerdo a sus deseos, realidades y recorridos individuales.
- Integrar nuestras prácticas a diferentes dispositivos barriales y continuar con nuestras postas de salud y talleres en sala de espera, con el objetivo de

ampliar el acceso a aquellas personas que por diferentes motivos no concurren al CeSAC.

- Pensamos también en la dificultad que tenemos desde el campo de la Salud sexual y reproductiva de convertirnos en espacios “amigables” para poblaciones que no sean heterosexuales. Nos planteamos la posibilidad de generar vínculos y redes con espacios donde las distintas diversidades se vean representadas, ya no dentro del centro de salud sino en contacto con la comunidad. Para esto también consideramos que debemos mejorar nuestra formación en cómo llevar a cabo este abordaje integral y verdaderamente diverso.

- Revisión continúa de nuestras prácticas. Solo así llegaremos a cumplir nuestros objetivos de formación, tratando de acortar la brecha institucional, las trabas a lo diverso en cuanto a salud sexual se refiera y tratando de ser no solo mejores profesionales sino también mejores personas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Boletín Epidemiológico Periódico. Análisis de Situación de Salud Edición Especial. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.  
[http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/boletinesepidemiologia/pdfs/BEP42\\_completo.pdf](http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/boletinesepidemiologia/pdfs/BEP42_completo.pdf)
2. Proyecto Urbano Integral Comuna 8. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.  
<http://www.buenosaires.gob.ar/planeamiento/plan-urbano-ambiental-comuna-8>
3. La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: situación al año 2013. Agosto de 2014. Dirección General Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
4. Peláez Mendoza, J. Niñas, niños y adolescentes: La atención de la salud desde una perspectiva de derechos. Revisión. 2008.
5. Cal Lorena et. al. P.O.S.T.A: Proyecto orientado a la salud territorial activa ¿Que oculta la oculta? 2013.
6. Carballeda, A. La intervención en espacios microsociales: Una mirada a algunos aspectos contextuales y metodológicos. Mimeo. Buenos Aires. 2006.
7. Calienni, M; Martín, A; Moledda, M. Sobre el trabajo social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina. Revista de trabajo social – fch – uncpba.
8. Carballeda, A. “La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud”, Revista Margen, N° 23. 2001.
9. Madeira, S et. al. El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero. Revista Debate Público. Reflexión de trabajo social. 2010.
10. Organización Mundial de la Salud .Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra. 2001.
11. Constitución de la Nación Argentina: publicación del Bicentenario - 1a ed. - Buenos Aires: Corte Suprema de Justicia de la Nación / Biblioteca del Congreso de la Nación / Biblioteca Nacional, 2010. art. 75 inc 22.
12. Ley Nacional N° 25.673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual Y Procreación Responsable. Boletín Oficial. Noviembre de 2002.

13. Ley Nacional N° 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial.2009.
14. Ley Nacional N° 24.417. Ley de protección contra la Violencia Familiar. Boletín Oficial.1994.
15. Alfonso Rodríguez, A. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Centro Nacional de Educación Sexual. Revista Cubana Salud Pública. 2006.
16. Pecheny,M. et.al. La anticoncepción también es cosa de varones: Diferenciales de género en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la Argentina.
17. Zamberlin, N. La otra mitad. Estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad. Estudios sobre la salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia. CEDES. 2000.
18. Feltri, A et. al. Salud Reproductiva e Interculturalidad. Revista de Salud Colectiva. 2006.
19. Bonetto, A. Sistematización de la experiencia del Consultorio de Salud Reproductiva y Sexual del Hospital Materno Provincial de Córdoba (Años 1989-1996).

**ANEXO 1:**

**HC:**

**Salud Sexual y Reproductiva**

**Nombre:**

**DNI:**

**FN:**

**DIR:**

**TEL:**

**Escolaridad:**

**Familigrama:**

**Antec. Personales:**

TBQ: Si-NO	Migraña: Si-NO	Hepatopatía: SI-NO
HTA: Si-NO	TEP/TVP: SI-NO	Malabsorción: SI-NO
CA. Mama: NO-SI	DBT: SI-NO	Med. Habitual:

**Antec. Gineco- obstétricos:**

Menarca:

G P C Ab

PAP:

RM:

FUM:

ITS:

IRS:

MAC:

## **ANEXO 2:**

### **ANTICONCEPTIVOS ORALES**

PRIMER CAJA: Comenzar el primer día de la menstruación. USAR PRESERVATIVO LA PRIMER SEMANA!

Tomar una pastilla por día siempre a la misma hora.

21comp: descansar 7 días (menstruación) y al octavo día comenzar con la nueva caja

28comp: sin descanso

#### **-SI TE OLVIDASTE...**

Un solo comprimido (dentro de las 24hs): tomar la pastilla olvidada y continuar la siguiente en el día que tomar dos juntas.

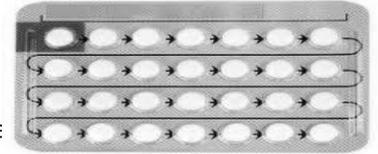
Dos o mas comprimidos: acercate a consultar sin turno!

#### **-VOMITOS:**

Si es dentro de las 4 hs posteriores a la toma, tomarse otra pastilla y continuar la toma diaria. Vas a terminar un día antes la caja y a empezar un día antes la próxima. Si el vomito ocurre posterior a 4 hs de haber tomado la pastilla no pasa nada

#### **-DIARREA:**

Usar preservativo mientras dure y toda la semana posterior.



### **ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES**

Aplicar el primer día de la menstruación, sino cuidate con preservativo la primer semana.

Aplicar siempre el mismo día, o hasta tres días antes o después de la fecha que correspondía.

Si te pasaste más de tres días veni a consultarnos!



ACORDATE!! El preservativo es el único que previene las infecciones de transmisión sexual!!!

ANTE LA DUDA VENI A CONSULTARNOS!! Lunes a viernes de 9 a 16hs 1° piso "puerta violeta"  
Medicina General.