

# Atención Primaria de la Salud en pandemia: los derechos sexuales y reproductivos también son prioridad.

CROSETTO,ROSSANA, BILAVCIK CLAUDIA y MIANA ANA MARIA.

Cita:

CROSETTO,ROSSANA, BILAVCIK CLAUDIA y MIANA ANA MARIA (2021). *Atención Primaria de la Salud en pandemia: los derechos sexuales y reproductivos también son prioridad. Primer Congreso Latinoamericano de Trabajo Social de la UNVM. VII Jornadas Regionales de Trabajo Soc. IAPCS -UNVM, Villa María.*

Dirección estable:

<https://www.aacademica.org/primer.congreso.latinoamericano.de.trabajo.social.de.la.unvm.vii.jornadas.regionales.de.trabajo.soc/7>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/exNH/emH>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:*  
<https://www.aacademica.org>.

**Primer Congreso Latinoamericano de Trabajo Social de la UNVM. VII Jornadas Regionales de Trabajo Social**

**Título: Atención Primaria de la Salud en pandemia: los derechos sexuales y reproductivos también son prioridad**

**Eje Temático 1. Salud.**

**Autoras:**

**CROSETTO ROSSANA.** Docente- investigadora de la Carrera de Trabajo Social- Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSIS)- Facultad de Ciencias Sociales- UNC. Ciudad Universitaria. Córdoba. [rcrosetto@unc.edu.ar](mailto:rcrosetto@unc.edu.ar).

**BILAVCIK CLAUDIA.** Docente-investigadora de la Carrera de Trabajo Social- Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSIS)- Facultad de Ciencias Sociales- UNC. Ciudad Universitaria. Córdoba. [clbilavcik@unc.edu.ar](mailto:clbilavcik@unc.edu.ar).

**MIANA ANA MARIA.** Docente-investigadora de la Carrera de Trabajo Social- Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSIS)- Facultad de Ciencias Sociales- UNC. Ciudad Universitaria. Córdoba. [mianiana@gmail.com](mailto:mianiana@gmail.com).

**Palabras claves: Pandemia- Atención Primaria de la Salud- Derechos sexuales y (no) reproductivos**

**Introducción**

El presente trabajo pretende compartir algunas primeras reflexiones, producto de una investigación cualitativa, cuyo objetivo es analizar el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos en el contexto de pandemia por SarsCoV19, recuperando las narrativas, experiencias e intervenciones de los/as agentes de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Córdoba, en el período 2020 y 2021, desde una perspectiva feminista y de derechos.

Consideramos que la agenda del Estado de la provincia de Córdoba, en general define los problemas y prioridades en salud e impone programas de acción hospitalarios, desde un enfoque biomédico- tecnológico en desmedro de la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), lo que se acrecentó particularmente en pandemia siendo vivenciada por el personal de salud “*como un caos*” y “*desvalorizados*”; agravando la fragmentación y desigualdades inter-jurisdiccionales propias del sistema, cuya crisis estructural excede la incertidumbre y la excepcionalidad de la misma.

Los avances en los derechos sexuales como el acceso a los servicios de salud territoriales, la atención de mujeres especialmente de sectores de la pobreza, la disponibilidad y continuidad en la provisión de métodos anticonceptivos, el trabajo intersectorial quedaron obturados, durante el aislamiento más estricto y continuaron durante el distanciamiento obligatorio (ASPO/DISPO<sup>1</sup>), a la vez que se vulneran las condiciones de trabajo de las/os agentes de salud: recortes salariales, contrataciones precarizadas, pagos con bonos, entre otras; cuestiones que resultan controversiales ante la fuerte presencia centralizada por Estado Nacional en la atención de la pandemia mediante las disposiciones sanitarias emitidas y la sanción de la Ley 27610/20 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en diciembre de 2020. Por ello, nos proponemos recuperar las voces y experiencias de quienes transitan por estos espacios, constituyendo un reto para las Ciencias Sociales y Trabajo Social, la construcción de estrategias alternativas para transitar hacia una pos pandemia, enmarcadas en los derechos de ciudadanía sexual.

### **La pandemia y la atención primaria de la salud en la Ciudad de Córdoba**

La APS siempre ha sido una concepción que ha generado controversias en lo que respecta a la implementación de las políticas públicas en salud.

La concepción original de la APS como estrategia, de abordar las necesidades de una comunidad, desde una visión integral y articulación de redes de atención de la salud, de manera situada desde la promoción de la misma y la prevención de enfermedades, fue perdiendo terreno frente a las precarias condiciones socioeconómicas de los países, y en particular de la región.

Desde una visión más restrictiva, condicionada por las políticas económicas de ajuste fiscal, se ha caracterizado como a la atención básica de la población más vulnerable y ha perdido el carácter de una visión integral y universal del acceso al derecho de la salud.

Coincidimos con Chiara (2020) quien refiere que [...] “Aún con diferencias en las agendas y en los diagnósticos, un dato nada menor es el consenso -más o menos generalizado- entre quienes hacen política sanitaria en relación a tres ideas: que la salud es un bien colectivo, que el Estado debe asumir un papel indelegable para mantener su

---

<sup>1</sup> ASPO: Aislamiento social preventivo y obligatorio. DISPO: Distanciamiento social preventivo y obligatorio

más alto nivel posible y que el territorio es una variable importante al momento de diseñar estrategias sanitarias” (p.28).

Los territorios se constituyen en espacios sociales heterogéneos, configuraciones propias que se construyen con sujetos/as singulares y con condiciones materiales, simbólicas y de articulación organizacional propias. Así también los procesos de salud- enfermedad- atención y cuidado son particulares, pese a pertenecer a un mismo sistema sanitario a nivel jurisdiccional.

Esta pandemia irrumpió en las instituciones por su carácter de urgente y con el transcurrir de los días surgieron una serie de medidas sanitarias en general, como consecuencia del impacto generalizado de la enfermedad, sus expresiones sociales y su atravesamiento en la vida cotidiana y pública de las familias producto de las desigualdades en las condiciones de vida para transitar esta prescripción, que condicionan la obtención de recursos y los modos de conformación de necesidades y su resolución, lo que se materializó en la intervención pública del Estado a partir de Políticas sociales y Políticas de cuidado y en la provincia de Córdoba, a través de líneas de acción establecidos por el COE<sup>2</sup>central.

Desde el inicio de la cuarentena, todo lo relativo a salud fue considerado como actividad esencial, tanto en lo público como en lo privado, con determinadas particularidades en este último sector.

Salud, a diferencia de otras áreas, fue la que más modificaciones tuvo en cuanto a sus modalidades de funcionamiento, de atención y redistribución de personal (cierre de servicios, traslados, licencias o dispensas sanitarias de grupos de riesgo).

Las delimitaciones en atención covid, No covid y Mixta (Covid y no covid), atravesó no sólo los sectores de infraestructura con circulación diferenciada sino también las formas de nombrar al personal: “limpios de covid” o de “atención exclusiva de covid

También al interior de los centros se delimitaron sectores, con circulación diferenciada o compartidas en los centros de salud, trabajo repartido en dos edificios cercanos (escuelas, jardines, centros vecinales, etc.) para dar continuidad a otras prácticas profesionales y la entrega de insumos de los programas.

Las decisiones que se tomaban a nivel nacional configuradas a partir de datos generales, y readecuadas a nivel provincial y municipal, no siempre coincidían.

---

<sup>2</sup> COE: Comité operativo de emergencia de la Provincia de Córdoba

Así mismo, en esta lógica centralizada por el estado provincial, surge una nueva entidad denominada COE (Comité operativo de emergencia) que asume un rol preponderante en los lineamientos de la política sanitaria y también de seguridad, integrado por médicos especialistas, integrantes de asociaciones médicas científicas y deontológicas, así como también representantes de las fuerzas de seguridad, tales como gendarmería nacional y policía de la provincia. Esta entidad funcionó en el primer momento como el órgano decisor, ejecutor y contralor de las disposiciones sanitarias. Es importante destacar esto ya que desde esta entidad se definían tanto los protocolos de la atención como del establecimiento de cordones sanitarios que podían implicar la imposibilidad de circular o salir de los territorios. **“Todo debe pasar por el COE”**, refieren en cuanto al rol de policía sanitaria.

A partir de una perspectiva principalmente biologicista predominante en la organización de los efectores de salud, se tomaron decisiones centralizadas sobre la atención de los procesos salud- enfermedad en Córdoba. La pandemia impuso cierta premura biológica que pareció allanar el campo para defender la supremacía del saber biomédico y su pretensión de monopolizar la explicación sobre la situación epidemiológica.

La APS en jurisdicción de la Municipalidad de Córdoba cuenta con 100 centros de salud distribuidos en toda la ciudad de Córdoba, en los cuales predominan en la conformación de los equipos la profesión médica, enfermería y personal de administración. Las profesiones provenientes de las Ciencias Sociales y humanas (Trabajo Social y Psicología) no están presentes en todos los equipos, lo que en muchos casos limita el abordaje territorial de promoción y prevención de salud.

Se observó desde el inicio la ponderación del abordaje de la pandemia desde el 3º nivel de atención. De este modo, la diversidad de los territorios que le otorgan singularidad a la pandemia y que son centrales para definir líneas de acción en el primer nivel de atención, no son incorporados en estas definiciones.

La definición de esta política sanitaria, de carácter hospitalo- céntrica, donde se priorizo el equipamiento de los hospitales de tercer nivel, con el aumento de camas de cuidados críticos (UTI), hospitales modulares, centros de diagnósticos para testeo e hisopados, fue en desmedro de la Atención Primaria de Salud en los territorios, visibilizando las dificultades estructurales del primer nivel de atención en Córdoba capital: desprotección/ abandono / miedo, enojo/ desinformación, son los sentires expresados por las/os agentes de salud entrevistadas/os desde su posición como trabajadoras/os de la salud. Desconcierto e imprevisibilidad entre atención covid- no covid, falta de insumos para

desarrollar su trabajo, de protección personal, los relativos al espacio de trabajo y garantizar acceso a la salud de la población en territorio.

Algunas narrativas expresadas como *"se vive como un caos"*, *"imprevisibilidad"*, *"desconocimiento de la trayectoria y enclave de los centros de salud en cada territorio, sus objetivos, modos de intervención"*, *"desperdicio de la atención primaria de la salud"*, se vinculan a medidas gubernamentales implementadas desde el COE central, que actuaron en paralelo a los equipos de APS en los territorios, con instalación de carpas así como la realización de hisopados en otros espacios como plazas o centros de participación comunitaria (CPC) y en la mayoría de estas ocasiones sin previa comunicación oficial ni acciones de articulación. En muchos casos se relata que se enteraban en el momento o a través de los medios de comunicación masiva, percibiendo quita de funciones y vaciamiento de su trabajo en los territorios.

En este contexto no hubo directivas claras desde la gestión institucional, en relación a la modalidad de funcionamiento por lo que algunos centros de salud cerraron durante las primeras semanas y otros, continuaron funcionando, siendo la única institución en el territorio que permaneció abierta, aunque se vio reducida la atención por el aislamiento de la población ("el quédate en tu casa") y la falta de protocolos de atención y provisión de equipos de protección personal, como ser provisión de barbijos, alcohol en gel, máscaras y batas, entre otros.

*"Algo que en realidad (...) nos impactó, creo que complicó la existencia de los equipos es que (...) los primeros dos meses, estaba todo cerrado, lo único abierto éramos nosotros: la escuela cerrada, la iglesia cerrada, el centro vecinal cerrado, los centros de jubilados cerrados; por lo tanto, explotó la demanda por todo lo que se les ocurra, venían a pedir comida, leche, ropa, medicamentos, etc."*

A ello se añade la reducción de los equipos por dispensas sanitarias (patologías de riesgo), que no fueron suplidas y salvo excepciones se cubrieron cargos profesionales mediante contrato o beca. La protección del gremio municipal posibilitó avanzar en estos reclamos, aún en este contexto atravesado por fuertes recortes salariales y desmovilización por las medidas sanitarias.

Ante la falta de información institucional y decisiones políticas claras, los equipos de salud, con sus propias particularidades y tiempos, fueron tomando decisiones y desplegaron estrategias de atención en los propios centros de salud. de manera autónoma, según disponibilidades de recursos materiales y personal, desde un lugar de

responsabilidad ética y compromiso social para con la población que concurre a los mismos.

En la DISPO se produjo una re-acomodación a estas situaciones, pero siguió persistiendo, la percepción de la desprotección estatal, sin embargo las relaciones intra equipos sostuvieron y permitieron canalizar ansiedades y temores, las estrategias implementadas con el objetivo de acordar criterios de atención posibilitó el fortalecimiento de esas relaciones en algunos equipos, en otros evidenció las diferencias reafirmando un modelo biologicista.

*“...no sé si fue lección aprendida como lo que como equipo y en personal nos abocamos, primero el cuidado del equipo que eso fue intenso, por eso digo nosotros por suerte y le pusimos energía y mucha discusión y mucho malestar, pero lo digo en el sentido positivo, porque fue tramitar la capacidad de poder discutir que eso no es fácil en los equipos de salud, entonces invertimos mucho en eso, pero eso fue lo que más nos cuidó, en estas idas y venidas y cambios”*

### **Los derechos sexuales y (no) reproductivos: ¿prioridades en la pandemia?**

En el marco de los Derechos Humanos y sociales, consideramos a los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos inalienables, intransferibles e indivisibles que implican autonomía y capacidad de las personas a decidir libre, responsable y placenteramente. Estos incluyen siguiendo a Josefina Brown (2008): ) los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto, puerperio, pero también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida; es decir aquellos eventos relacionados con la reproducción; los derechos relativos a decidir si tener o no hijos/as, a decidir con quién, cómo y cuántos; a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con anticoncepción y aborto; y los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia. Este eje es parte de unos de los objetivos del Milenio acerca de la Reducción de la Mortalidad Materna y el acceso a la efectiva cobertura de Salud; y se inscribe en el debate por el acceso a la autonomía y a la autodeterminación en materia de salud sexual (aborto legal).

Los derechos sexuales y (no) reproductivos entran en escena, a través de la provisión de servicios, en el campo de la salud pública. Es allí donde se juegan cotidianamente la implementación de los acuerdos jurídico-normativos y políticos-culturales en las intervenciones de los/as agentes de salud, incidiendo en la habilitación o restringiendo el

acceso y ejercicio de estos derechos. Acciones que "... no son consideradas sólo como el cumplimiento de mandatos morales o políticos, sino como la vía escogida para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos..." (Abramovich, 2006: 36).

Si bien partimos de la premisa que los derechos sexuales y no reproductivos también son prioridad en la pandemia, la pregunta que nos guía, es qué pasó con el acceso a la atención de los mismos, si fueron priorizados por quién/es?

Adentrándonos a nuestros interrogantes podemos decir que previo a la pandemia encontrábamos una diversidad de prácticas y discursos sobre el tema de los que podemos diferenciar al menos dos posicionamientos, en cuanto a su abordaje en relación a los derechos sexuales y reproductivos:

a) por un lado prevalecen miradas instituidas y prácticas conservadoras, patriarcales, heteronormativas, con primacía en la reproducción (maternidad), en controles ginecomamarios, atención antes, durante y después del embarazo, la anticoncepción como una acción referida a la prevención de embarazos no deseados, haciendo mucho hincapié en el acceso de las niñas/jóvenes y las ITS. Las sexualidades se colocan en el terreno de lo personal e íntimo, despolitizándolas como derecho.

b) prácticas instituyentes vinculadas a procesos alternativos y creativos, a criterios de "urgencia" o "prioridad", centrados en la atención oportuna, tener turnos protegidos diariamente. La sexualidad, reproducción y anticoncepción son abordadas desde el enfoque de derechos y de género, interseccional y situada, en los que la capacidad de decidir y autonomía de las mujeres y disidencias, el respecto del propio cuerpo y el derecho al ejercicio libre, responsable y placentero de la salud sexual, constituyen ejes rectores de abordaje desde una perspectiva más integral, ligada a la autodeterminación sexual y separada de la procreación/anticoncepción; modos que se vinculan a una concepción de ciudadanía sexual, al decir de Graciela Di Marco (2012). Incluyendo el acompañamiento a las prácticas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a través del trabajo con la Red entre los profesionales por el derecho a decidir<sup>3</sup> y las socorristas<sup>4</sup>. En nuestro estudio en el año 2019<sup>5</sup>, observábamos discontinuidad en la provisión de algunos insumos (Métodos Anti-Conceptivo MAC) desde la gestión política

---

<sup>3</sup> <http://redsaluddecidir.org/quienes-somos/>

<sup>4</sup> Socorristas en red. Senred

<sup>5</sup> Proyecto de Investigación "El ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos en salud- Prácticas y representaciones de agentes de salud pública estatal de la ciudad de Córdoba".(2018-2021) SeCyT-UNC

institucional, lo que limitaba no sólo el acceso y continuidad en la provisión de los mismos sino también la autonomía de las mujeres en la garantía de efectivizar su derecho a la salud sexual y (no) reproductiva.

Es de destacar también que en este período los centros de salud analizados, comienzan a recibir Misoprostol en consonancia con la adhesión de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba (DAPS) de garantizar de manera segura, pública y gratuita el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE)<sup>6</sup>.

***“Teníamos Misoprostol sí, sí el que nos provee Nación directamente a la Muni, a través de lo que hemos gestionado de la Comisión. Yo después creo que el funcionamiento de la Comisión de Salud Sexual Integral de la Muni nos permitió a muchos centros de salud poder sostener, en un momento como digo que no había ninguna directiva de nada...”***

En intervenciones de mayor complejidad (procesos de hormonización, métodos de anticoncepción quirúrgica permanentes, entre otros), los mecanismos de referencia y contra referencia son escasos o casi nulos. Para tratamientos oportunos y adecuados generalmente se despliegan estrategias de derivaciones reconstruidas artesanalmente sobre la base de relaciones sociales y capitales culturales del personal de salud, más que por procesos interinstitucionales de gestión política entre jurisdicciones y niveles de atención en salud, en la Ciudad de Córdoba.

En el contexto de pandemia estas condiciones materiales y simbólicas vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos se agravan aún más. Si bien los equipos de salud priorizan la atención del Programa de Salud Sexual reconocen ***“que las prácticas tienen que ver con las buenas voluntades.... depende de las redes y compromisos (ya que) el sistema da una respuesta muy pobre.”***

En los inicios del aislamiento desde la gestión municipal se planteó la suspensión de controles de embarazos, siendo garantizados por los equipos en todos los centros de salud, bajo su responsabilidad, pero reconocen que:

- no se pudo dar continuidad a controles ginecológicos (suspensión exámenes complementarios: ecografías, análisis) de ecografías y al trabajo de prevención en los territorios,
- no hay ofertas de métodos, se limitó o hay faltantes de MAC, especialmente inyectables, e implantes que son los más elegidos por las mujeres, lo que produjo que las mujeres no

---

<sup>6</sup> Se hace referencia a ILE ya que en ese periodo de trabajo de campo aún no estaba aprobada la ley nacional 27610

podieran tener continuidad con el método elegido o decidir cuál sino tomar lo que les ofrecía el personal de personal. Que acarrea otras complicaciones como el rechazo o el abandono en el uso de los mismos o, desfasajes en el cambio de método.

Ni la Municipalidad ni la Provincia financiaron presupuestariamente la compra de estos insumos, contando sólo con los aportes de Nación, desde este ítem se observa que no es una prioridad desde la gestión municipal ni provincial, ya que no está previsto dentro de su presupuesto anual.<sup>7</sup>

- no se realizaron derivaciones por prácticas quirúrgicas como ligadura tubaria y en los hospitales de referencia sólo se realizaron por excepciones. Esta práctica de difícil acceso antes de la pandemia se vio totalmente obturada en este escenario.

- aumento de demanda para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), a partir de la sanción de la Ley 27610 en diciembre del 2020 y existencia de Misoprostol. Lo que cambió la pandemia fue acortar los tiempos de seguimiento para las interrupciones, tener que incorporar la telemedicina como recursos, sobre todo para las mujeres que no podían acceder al transporte.

Las mujeres procedentes del interior de la provincia de Córdoba, también llegan a capital porque hay dificultades de acceso en las localidades más pequeñas. Desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, también se hizo un trabajo intenso con algunos equipos para que comiencen a atender. La mayor demanda es porque acceden a lo público y no a la clandestinidad, además llega la información por diversos canales. Si bien muchas mujeres no saben, no conocen sobre la ley.

Algunas entrevistadas/os consideran que el sistema público de salud se está constituyendo en el prestador de la provisión gratuita de anticonceptivos, y de acceso a la IVE. No es así con las obras sociales que cubren muy poco estas prestaciones y el sector privado aduce la objeción de conciencia frente a la IVE.

En cuanto a las estrategias incorporadas en la atención, el uso del wasap se convirtió en el mecanismo de circulación de información/comunicación entre profesionales y entre

---

<sup>7</sup> Ace Ivan (2021) lo invertido en el año 2020 dado esta situación extraordinaria de la pandemia, de la totalidad del gasto provincial la finalidad salud representa el 10,51% que representa según el autor un incremento del 59,96%, lo que implicó la recuperación de estos procesos de ajuste y deterioro del sistema, a niveles similares a los periodos entre el 2002 al 2015, claro que para la atención del virus Sars CoV 2 y no otras problemáticas prioritarias como salud sexual y reproductiva, padecimientos subjetivos, enfermedades crónicas no transmisibles, por citar algunos. <https://latinta.com.ar/2021/07/presupuesto-salud-cordoba/>

estos y la población, aun con dificultades ya que los centros de salud no cuentan con conexión a internet, no han tenido provisión de teléfonos corporativos, con lo cual han utilizado sus propios celulares. Esto le facilitó a la población el acceso a la información y a la consulta, pero en la mayoría de los casos sobrecargo a los/as trabajadores que reciben demandas fuera de su tiempo laboral.

Otro aporte significativo es la articulación, acompañamiento y seguimiento de la Comisión interdisciplinaria de salud sexual y no reproductiva (constituida por trabajadoras del sistema) integrantes de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, que mediante wasap colectivo permitió asegurar prácticas de ILE/IVE en pandemia, acceder a MAC, pero también contención y apoyo para las/os propios profesionales. A partir de la sanción de la ley se observó una articulación mayor por parte de los equipos para garantizar el acceso a la IVE.

Los espacios de capacitación promovidos por la comisión posibilitaron reflexiones al interior de los equipos de las/os participantes, como así mismo la necesidad de sumar a las/os compañeras/os que no muestran un efectivo compromiso a estos espacios.

### **Algunas líneas para continuar pensando**

La pandemia puso en descubierto la ausencia de una política pública sanitaria consolidada en Córdoba, con una insuficiente infraestructura no solo edilicia sino en cuanto a los recursos humanos formados para afrontar esta coyuntura. dejando en evidencia el ajuste que han atravesado las políticas sanitarias en la provincia.

Las estrategias implementadas en el sistema público de salud en las diferentes jurisdicciones y niveles de atención ante la pandemia profundizaron la fragmentación del sistema y en relación a los Derechos Sexuales y No Reproductivos (DSyNR), las escasas prácticas fueron dirigidas a las mujeres en edad reproductiva, aunque con limitaciones en el acceso y cobertura.

En este cuadro de situación pensar el tránsito a la pos pandemia no resulta sencillo, pero se visualizan algunas ventanas de oportunidad que desde los relatos del personal de salud capitalizan como aprendizajes tales como la revalorización de la presencialidad y el cuidado compartido en los territorios y en el primer nivel de atención. El trabajo en equipo y en red entre profesionales permitió el sostenimiento del trabajo en los territorios a fin de garantizar el acceso, aún con limitaciones, a los métodos anti-conceptivos y a la interrupción voluntaria del embarazo, en el marco de construir una mejor atención ubicada en la centralidad del sujeto/a y sus condiciones de vida, desde una mirada integral

acerca de la salud y desde una perspectiva de los derechos humanos. Consideramos necesario en este escenario jerarquizar la atención primaria de la salud y el trabajo en el territorio, la articulación de las redes entre las organizaciones sociales y las instituciones del sector salud y sobre todo la interdisciplinariedad en el abordaje. La intervención del Trabajo Social adquiere una fundamental importancia en lo que implica la complejidad del entramado del territorio, en sus configuraciones y dinámicas heterogéneas y garantizar sobre todo en lo significa abordar estas problemáticas desde la perspectiva del enfoque de derecho.

#### Bibliografía:

Abramovich, V. (2006): Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. CEPAL. (35 - 50).

Ace Ivan (2021) “ Presupuesto de salud de Córdoba y pandemia: ¿inversión extraordinaria o recuperación de lo perdido?”. <https://latinta.com.ar/2021/07/presupuesto-salud-cordoba/>

Brown, Josefina. (2014): Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos reproductivos y sexuales (1990-2006). Ed. Teseo. Bs. As.

Chiara Magdalena (2020) - Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes en la pandemia. - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Año 10 - Nro. 20 Artículos Centrales [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/07\\_Chiara.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/07_Chiara.pdf)

Di Marco G. (2012) “Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina”. En SER Social, Brasilia. V. 14, n. 30, p. 210-243, jan. /jun. 2012. [ser.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/viewFile/7451/5752](http://ser.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/7451/5752). Consultado 24/11/2020 en el sitio [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12830](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12830)