

Mi salud sexual es un derecho

Implementación del dispositivo de consejería en salud sexual y (no) reproductiva en el espacio educativo.

Estudiantes:

Godoy María Florencia
Medina Mónica Elizabet
Sánchez Julieta Marcela

Tutores:

Lic. Lilian Gregorio
Mgter. José Antonio Mantaras
Mgter. Natalia Becerra

AÑO 2020



Índice

Agradecimientos	5
Introducción	7
CAPÍTULO 1	11
Los Derechos Sexuales y (No) Reproductivos: Hacia el reconocimiento de los derechos de las y los Jóvenes	11
1.1 Recorrido histórico de los Derechos Sexuales, Reproductivos y (no) Reproductivos	12
1.2 El Dispositivo de Consejería en Salud Sexual y (no) Reproductiva	26
1.3 Claves para reconstruir y analizar la Ley de Educación Sexual Integral	32
CAPÍTULO 2	36
Pensando las instituciones	36
2.1 Las Instituciones de nuestra intervención: Centro de Salud N°47 e IPPEM N° 124	37
2.1.1 Centro de Salud N°47	37
2.1.2 IPPEM N° 124 “Adela Rosa Oviedo de De La Vega”	39
2.2 Describiendo la situación de la Salud Sexual y (No) Reproductiva en el IPPEM	40
2.3 Análisis institucional	44
CAPÍTULO 3	51
Las juventudes y el ejercicio de sus Derechos Sexuales y (No) Reproductivos	51
3.1 ¿Cómo definimos a las juventudes?	52
3.2 Las y los jóvenes como sujetas/os de derechos	55
3.3 Las juventudes situadas: reflexión sobre el ejercicio de sus DDSyNR en el IPPEM	59
CAPÍTULO 4	63
La construcción de la Estrategia de Intervención	63
4.1 Intervención en el Trabajo Social	64
4.2 Análisis institucional en torno a la demanda	67
4.3 Acerca de la estrategia de intervención	70
4.3.1 Dimensión Ética- Política	70
4.3.2 Dimensión Técnica- Instrumental	71
4.3.3 Dimensión Metodológica	72
4.4 El desarrollo de la estrategia de nuestra intervención	74
4.5 Evaluación final de proceso y sugerencias	83
Reflexiones finales	87
Bibliografía	95

Agradecimientos

A nuestras docentes Lilian y Nati por acompañar este proceso, a nuestro querido José, por acercarnos y animarnos a re-pensar la salud, la sexualidad y nuestros cuerpos.

A las y los jóvenes, docentes y no docentes del IPEM por brindarnos su espacio, su tiempo y compartir aprendizajes.

A las y los profesionales del Centro de Salud N° 47, especialmente a Caro Pozzar.

A nuestras compañeras, que marcaron el camino en el territorio y nos motivaron para continuar.

A las compañeras de la Consejería de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC, por tantos debates y trabajos compartidos.

Al grupo de mujeres del Barrio el Quebracho por brindarnos una hermosa experiencia.

A nuestras madres, familias, amigas y amigos por el amor, la contención y la compañía en nuestras trayectorias. En especial a nuestras compañeras y amigas Sabri y Pao por acompañarnos hasta el final.

A la Facultad de Ciencias Sociales y a la Universidad Nacional de Córdoba.

Al Feminismo, que nos anima, nos contiene y nos transforma.

“El feminismo es una forma de vivir individualmente y de luchar colectivamente”

Simone de Beauvoir

Se va a caer

Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad reconstruir sobre la práctica de intervención pre-profesional, recuperando los conceptos teóricos, sociales, éticos y políticos que nos brindó la carrera de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, posicionándonos para reflexionar desde una perspectiva feminista y de género.

La práctica de intervención pre-profesional, que dio origen a nuestro trabajo, se desarrolló en el IPEM N°124 “Adela Rosa Oviedo de De La Vega”, en articulación con el Centro de Salud N°47, ambos establecimientos ubicados en el barrio Coronel Olmedo, en la periferia de la Ciudad de Córdoba. Nuestra intervención, partió desde el Centro de Salud N° 47 y se situó en el IPEM N° 124, la misma, estuvo dirigida a las y los jóvenes que asisten a dicha institución educativa.

La temática abordada fueron los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos (DDSyNR), que desarrollamos a partir del dispositivo de Consejerías en Salud Sexual y (no) Reproductiva (CSSyNR).

El espacio de CSSyNR en el IPEM tiene sus orígenes el año 2016, por ello fue necesario recuperar los procesos de los años anteriores de los equipos de tesis y becarias extensionistas de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC, que trabajaron en el espacio, lo que permitió la apertura para dar continuidad a la Consejería en el año 2018.

Es importante aclarar que nuestra intervención se enmarca dentro de la Ley Nacional N° 25673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) y la Ley Nacional N° 26150 de Educación Sexual Integral (ESI), que son los pilares fundamentales para la misma.

A su vez, se llevó a cabo una articulación entre la institución educativa y de salud entendiendo que el dispositivo de CSSyNR fue diseñado para desarrollarlo en ámbito de la salud

y nuestra propuesta de intervención fue adaptarlo para el espacio educativo, con el objetivo de generar el acceso y reconocimiento a los DDSyNR de las y los jóvenes, quienes fueron identificadas/os como sujetas/os de nuestra intervención.

Es por ello que, entendemos que el dispositivo de CSSyNR:

Contribuye a mejorar el acceso universal y gratuito, la igualdad de oportunidades, la calidad de la atención, la redistribución de los recursos materiales y simbólicos; es un espacio y una oportunidad para que el Estado, en sus diferentes instancias, garantice los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Nuestra propuesta de intervención consistió en construir y repensar –en conjunto con las y los jóvenes- los conocimientos que teníamos sobre la sexualidad, los significados y maneras diversas de ver y ejercer la misma. Esto se trabajó en el espacio de la mesita, donde se hacían consultas individuales y grupales, la entrega de folletería, preservativos y métodos anticonceptivos. También se trabajó en los distintos talleres y las jornadas de testeo, actividades recreativas y lúdicas que se llevaron a cabo durante nuestra práctica de intervención.

Los procedimientos son conjuntos de acciones ordenadas que nos permiten la consecución de un objetivo, es en esa realidad donde incidimos, la que va a determinar el uso de técnicas y procedimientos determinados. Es así, que las técnicas que utilizamos en nuestra intervención fueron: observación participante, reconocimiento del territorio, entrevistas informales, recolección de datos mediante un buzón anónimo, consejerías individuales/grupales, encuentros periódicos de discusión, técnicas comunicacionales, lúdicas y de difusión.

Es necesario señalar, que por motivos de resguardar el anonimato de quienes participaron en las entrevistas formales e informales hemos decidido como equipo no anexar las mismas, ya que de otro modo dichas personas serían identificadas.

La tesina consta de cuatro capítulos, en el primer capítulo se realiza una reconstrucción histórica sobre los DDSyNR de nuestro país, esto nos dio la posibilidad de identificar cómo se ha construido lo que actualmente conocemos como los mismos, por ello es importante esta reconstrucción que nos permita vislumbrar ese camino.

Además, se conceptualiza el dispositivo de CSSyNR y para cerrar este capítulo, se considera a la ESI como el pilar fundamental en el reconocimiento de los DDSyNR de las y los jóvenes lo cual nos permitirá una aproximación a nuestra intervención.

En el segundo capítulo, se presenta una caracterización de las instituciones donde fue desarrollada la práctica pre-profesional, Centro de Salud N° 47 e IPEM N°124. Y para finalizar el mismo se describe la situación de la Salud Sexual y (no) Reproductiva de las y los jóvenes del IPEM.

En el tercer capítulo, se hace referencia a las juventudes, recuperando las concepciones y perspectivas que se hallan en torno a la misma. La propuesta es construir una mirada crítica sobre las y los jóvenes, identificando a este grupo como ciudadanas/os y sujetas/os de derechos.

En el cuarto y último capítulo, se expone nuestro proceso de intervención, explicando y desarrollando las estrategias de intervención que lo guiaron, además, recuperamos categorías teóricas que nos permitieron construir dicha estrategia. Al mismo tiempo, se describen las actividades realizadas a lo largo de la intervención.

Y para finalizar, proponemos una reflexión sobre lo escrito a lo largo de estos capítulos, particularmente en torno a los cuestionamientos para pensar el Trabajo Social desde una

intervención fundada, nuestro posicionamiento como profesionales desde una perspectiva feminista y de género, la ciudadanía sexual y el ejercicio pleno de los DSSyNR de las y los jóvenes con quienes trabajamos.

CAPÍTULO 1

Los Derechos Sexuales y (No) Reproductivos: Hacia el reconocimiento de los derechos de las y los Jóvenes

1.1 Recorrido histórico de los Derechos Sexuales, Reproductivos y (no) Reproductivos

Es importante, para comprender la intervención profesional del Trabajo Social, hacer un recorrido histórico, ya que toda profesión está configurada históricamente, lo cual fundamenta los marcos teóricos y referenciales desde donde nos posicionamos las y los profesionales. En este recorrido histórico abarcamos los acontecimientos tanto provinciales y nacionales como adhesiones a convenciones y tratados internacionales, así como también la aplicación y ejecución de las políticas públicas y sociales en relación a los DDSyNR en nuestro país.

Esta reconstrucción histórica sobre los DDSyNR nos permitirá comprender en dónde estamos ubicadas actualmente y en cuanto a nuestra intervención, nos permite problematizar la situación actual de la Salud Sexual y (no) Reproductiva (SSyNR) de las y los jóvenes con quienes trabajamos.

Cabe aclarar que los DDSyNR siempre han sido un tema de Estado, como afirma Freijo (2019):

Primero vino el control del Estado sobre nuestro cuerpo como fuerza reproductiva, sobre nuestra obligación de parir, y luego todo eso conformó cultura, imaginario, ideas hegemónicas, que, junto con otros periodos históricos, como religiosos, han anclado a las mujeres a ser recursos de los Estados. (p.133)

El recorrido histórico que proponemos parte desde el año 1970, en ese entonces por parte del gobierno de turno existían:

Temores frente a una baja de la fecundidad que se convirtieron en argumentos para políticas de intervención directa sobre la planificación familiar de los individuos. La denatalidad volvió a convertirse en un tema de la agenda política, retomando los presupuestos que

hacían de la población una preocupación en la escalera del desarrollo geopolítico y económico del país. (Cepeda, 2008, p. 25)

En este contexto, el Estado además de ‘pronatalista’ resultó en contradicción con lo establecido a nivel internacional en relación a las políticas de población, esto lo plantea Cepeda (2008), por un lado, el Estado trataba de:

Garantizar la libre elección de las parejas y fomentar las condiciones sociales y económicas para que cada sujeto pueda tener la cantidad de hijos que deseara. Al mismo tiempo que denunciaba como “imperialistas” las prácticas que difundían el tratamiento de la esterilidad y la promoción de la anticoncepción (frente a las cuales el Estado adoptaba una postura de protección de la población) la libertad de elección en materia de “reproducción” quedaba atada a la noción de libertad promulgada en la declaración de los Derechos Humanos de 1948. Lo que parece una contradicción argumental entre la libertad de planificación familiar y los controles dispuestos por el Estado, se transforma en una situación paradójica cuando se asocia la libertad de “elección” sólo a la posibilidad de tener hijos y de no tenerlos. (p. 26)

Es en el año 1974, durante el gobierno de María Estela Martínez de Perón, el 28 de febrero se sanciona el Decreto N° 659, mediante el cual se regula la comercialización, venta y distribución de los productos anticonceptivos en nuestro país, es decir:

Al mismo tiempo que se suspendía la distribución de anticonceptivos y se exigía para su venta una receta por triplicado, se cerraban 60 consultorios de Planificación Familiar que funcionaban en los hospitales, prohibiendo así todas aquellas actividades vinculadas con el control de la natalidad en los espacios públicos. (Cepeda, 2008, p. 25)

Luego, con la instauración de la dictadura militar en el año 1976, se continuó con las mismas líneas de acción anteriormente mencionadas, llevando adelante la promulgación del Decreto N° 3938 que reafirma el Decreto anterior sobre el uso, venta y distribución de los métodos anticonceptivos.

En el año 1979, un acontecimiento importante a nivel internacional fue la aprobación por la Organización de las Naciones Unidas, la Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)¹, con adherencia de 189 países, entre ellos Argentina, pero quien la ratificó recién un tiempo después, el 15 de julio de 1985.

Esta Convención exige a los Estados partes la no discriminación de la mujer en la sociedad y la familia, y pone de manifiesto en todas las esferas la desigualdad existente entre hombres y mujeres.

Con el retorno de la democracia y en concordancia con los avances de la lucha de los feminismos y movimientos de mujeres, se instauró el debate sobre diversos temas relacionados al ejercicio de los derechos sobre el propio cuerpo. En lo que respecta a estos derechos, se derogan los decretos de los años '70, que prohibía el uso y acceso de métodos anticonceptivos e información sobre los mismos.

Un hecho significativo ocurre en el año 1986 en el plano jurídico, con la sanción del Decreto N° 2274, el cual establecía que: “el derecho a decidir acerca de la reproducción pueda ser ejercido libremente por la población” (Torrado, 1993, p.278).

En el año 1987, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se consagra como pionera en el tema de los derechos sexuales y reproductivos (DDSyR), con la formulación e implementación de políticas y programas acerca de lo que hoy conocemos como parte de este campo de la salud. El

¹ Sigla en inglés de Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

programa se comenzó a implementar en dicha ciudad con el nombre de “Programa de Procreación Responsable” y fue una experiencia piloto que se desarrolló en algunos servicios hospitalarios.

A principios de la década de los '90, precisamente en el año 1992, a partir del Decreto N° 1426 se crea el Consejo Nacional de la Mujer, organismo que tiene como tarea principal promover la participación femenina en la sociedad, así como impulsar el desarrollo integral de las mujeres en cuanto a sus inquietudes y proyectos. Este consejo es importante, porque se propuso como tarea principal integrar en sus propuestas y acciones una perspectiva de género.

A mediados de los años '90, ocurrieron varios acontecimientos de importancia internacional y nacional, por un lado, se desarrolla la V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), donde los principales temas a tratar y debatir fueron el concepto de salud sexual y reproductiva. Además, en ese mismo año, a nivel nacional, se realiza la Reforma Constitucional (1994) e incorporación de los tratados de Derechos Humanos y la CEDAW.

Por otro lado, en el año 1995 se realiza la IV Cumbre Mundial de la Mujer Beijing, a partir de este evento se produjo un cambio fundamental en relación al sujeto en cuestión, ya no sólo se utilizará la categoría mujer, sino que se incorporó el concepto de género, reconociendo que a partir de esta perspectiva se pueda generar la posibilidad de participación de ambas/os sujetas/os (mujeres y varones) en pie de igualdad, dicha perspectiva comienza a tomar relevancia a raíz de los llamados estudios de género.

Pasada la Convención Constituyente (1994), el Congreso Mundial sobre la Población Cairo (1994) y la Conferencia de la Mujer Beijing (1995), en nuestro país más allá de la incorporación y adhesión a estos tratados internacionales los cuales adquirieron carácter constituyente, algunas cuestiones como “el aborto seguía siendo una práctica punible y la noción de salud reproductiva es incómoda para parte de los miembros del gobierno” (Cepeda, 2008, p.29).

En relación a lo expuesto sobre la década de los '90 Cepeda (2008) plantea que:

Desde 1994 hasta el 2003, año en que definitivamente se sanciona un Programa Nacional de Salud Reproductiva, los debates giraron en torno a cómo llenar de contenido esta categoría que el gobierno argentino durante el menemismo había vaciado a través de una complicada “operación de reconocimiento”. La salud reproductiva sin derechos sexuales reconocidos volvía a plantear situaciones paradójales: la imposibilidad de resolver la “libertad de elección” tanto de la voluntad de tener o no tener hijos como la libertad de elegir, la orientación sexual y la forma en que se quiere vivir la sexualidad. (p.29)

En el año 2001, luego de varios intentos, la Cámara de Diputados de la Nación da media sanción al proyecto de ley para crear el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) desde el ámbito del Ministerio de Salud.

En octubre del 2002 se aprobó por la Cámara de Senadores como Ley Nacional N° 25673, dicho programa está destinado a la población en general, y es fundamental para nuestra intervención, porque es a partir del cual se desarrolla posteriormente el dispositivo de consejería.

Entre los objetivos del programa se encuentran:

Alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que la población adopte decisiones libres de discriminación, coacción o violencia, disminuir la morbimortalidad materna e infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de las y los adolescentes, contribuir a la detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y patología genito-mamarias, garantizar el acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, y potenciar la participación femenina en la toma de

decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable. (Ley N° 25673, 2002, art. 2)

En concordancia con lo que afirma Zamberlin (2004), la sanción de esta Ley representa un avance significativo porque formaliza la incorporación de la salud sexual y reproductiva en una agenda de Estado, con el objetivo de crear políticas públicas a través de la voluntad política, para implementar acciones en relación a este campo.

Es importante hacer referencia a lo ocurrido en el año 2004, que más allá de los avances que se fueron conquistando por esos años en materia de DDSyNR, una situación puntual que tuvo lugar en el contexto de la Ciudad de Córdoba, donde emerge una polémica contrapuesta iniciada por la Asociación Civil Portal de Belén de esta ciudad, el cual mediante un amparo trata de vulnerar tanto el acceso a información, el uso, venta y distribución gratuita de Anticoncepción de Emergencia (AE), como también evitar la entrega gratuita de cualquier clase de métodos anticonceptivos, desde preservativos hasta dispositivos intrauterinos (DIU), en todo el territorio de la provincia.

Esta prohibición de la entrega gratuita de AE, fue pedida en la justicia a través de un recurso de amparo por la Asociación Civil Mujeres por la Vida, una entidad vinculada a los sectores conservadores de la Iglesia Católica cordobesa, acompañado y asesorado por la Asociación Portal de Belén. Pero en contraposición con el amparo, el gobierno de la provincia había aclarado que hasta que la sentencia no estuviera firme seguiría distribuyendo el contraceptivo gratuitamente, como en el resto del país.

Posteriormente cuando el fallo fue sentenciado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación a favor de la Asociación, se desencadenó un debate político, ya que dicha sentencia iba en

contra de los tratados internacionales a los cuales nuestro país adhiere con carácter constitucional como hemos mencionado anteriormente.

Como consecuencia del fallo, diversas organizaciones no gubernamentales que trabajan en defensa de los DDSyNR de las mujeres y las personas gestantes, pusieron en evidencia, que el mismo iba en contra de los principios y/o derechos garantizados en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos² (CIDH), la Organización Internacional de la Salud³ (OMS), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, de Belém do Pará⁴ y de la CEDAW.

Por el año 2003, se lanza a nivel internacional la primera edición de la “Guía Técnica y de Políticas para los Sistemas de Salud: Aborto sin riesgos impulsado por la OMS”. Esta guía funciona como una herramienta en las circunstancias donde el aborto no sea ilegal, estableciendo que los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles. Pero a pesar de ello, el aborto en nuestro país es ilegal y se considera un delito contra las personas, salvo en dos ocasiones excepcionales:

- a) Cuando se realiza la práctica abortiva para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (aborto terapéutico); b) si el

² La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (o CIDH) es un órgano de la Organización de los Estados Americanos (OEA) creado para promover la observancia y la defensa de los derechos humanos, además de servir como órgano consultivo de la OEA en esta materia.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS.

⁴ La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer conocida también como la Convención Belém do Pará, lugar en que fue adoptada en 1994 propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como fundamentales para luchar contra el fenómeno de la violencia contra su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado y su reivindicación dentro de la sociedad. Define la violencia contra la mujer, establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y la destaca como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

embarazo proviene de “una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente” (aborto eugenésico). Para el caso del aborto terapéutico se requiere, aún hoy, el consentimiento de la mujer y, para el caso del aborto eugenésico, el de su representante legal. Recientemente en nuestro país se discutió que el aborto debía ser despenalizado en caso de violación sin importar la condición de la mujer. (Cepeda 2008, p.29)

En el año 2004, se sancionó la Ley N° 25929 de Parto Humanizado, la cual promueve dentro de sus actividades una campaña destinada a concientizar a la sociedad sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del “binomio madre-hija/o”. También, se implementó a nivel nacional el Plan Nacer impulsado por el Banco Mundial, para reducir la mortalidad infantil mediante el aumento del acceso a la atención de salud para las mujeres embarazadas y las niñas y niños menores de seis años sin obra social, para aumentar la eficiencia y la calidad del sistema de salud.

La sanción de esta Ley e implementación del plan, es un avance importante ya que garantiza el acceso a derechos reproductivos por parte de las mujeres y personas gestantes, pero se reglamenta en el año 2015, es decir que no se puso en acción hasta ese entonces.

Asimismo, en los primeros meses del año 2004, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación presentó en las provincias y en distintos ámbitos, el llamado Plan Federal de Salud, se propuso con este plan un nuevo modelo sanitario siendo su base primordial, la atención primaria.

En el año 2005 desde el Ministerio de Salud y Ambiente, a través de la Resolución N° 989, se aprueba la “Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto” y se la incorpora al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica⁵.

⁵ Que las políticas de salud tienen por objeto primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional,

En el mismo año, se inicia la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, asentando sus bases previamente en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres (ENM) realizado en Rosario en el año 2003 y en el XIX ENM desarrollado en Mendoza en el 2004. La campaña es una amplia y diversa alianza a nivel federal, que tiene la finalidad de articular y recuperar parte de la historia de las luchas desarrolladas en nuestro país en pos del derecho al aborto legal, seguro y gratuito⁶.

Otro acontecimiento de relevancia en el 2005, es que nuestro país adecuo las leyes nacionales y promulgó la Ley N° 26061, “Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, así se fijó que toda niña, niño y adolescente sea considerado como sujeto de derecho y que sea obligación de los adultos hacer que esos derechos sean tenidos en cuenta y sean respetados. La promulgación de esta Ley es relevante para nuestra intervención, ya que las/os sujetas/os con quienes trabajamos, son jóvenes que se enmarcan dentro de la Ley denomina como adolescentes.

A finales del año 2006, un avance en el plano de los DDSyNR, fue promulgación de la Ley N° 26150, a partir de la cual se establece el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), con el objetivo de garantizar el derecho de las y los estudiantes de todo el sistema educativo a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de todas las jurisdicciones de nuestro país.

En este punto, es importante aclarar que cuando se hace referencia a los DDSyNR coincidimos con lo que plantea Cepeda (2008) en tanto que:

preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Recuperado del Ministerio de Salud y Ambiente. Salud Pública. Resolución 989/2005.

⁶ Recuperado de <http://www.abortolegal.com.ar/about/>

Derechos sexuales y (no) reproductivos, se entiende el derecho al ejercicio libre de la sexualidad, así como el decidir si tener hijos o no y su espaciamiento. Asimismo, reconoce el derecho a ejercer la maternidad sin riesgos para la salud y sin sufrir discriminaciones en el ámbito laboral y educativo, pero al mismo tiempo el poder contar con información veraz y adecuada, así como el acceso a métodos de anticoncepción seguros y eficaces y el aborto legal y seguro. La novedad del (no) delante de reproductivos fue introducida por Josefina Brown a sugerencia de Mario Pecheny. (p.30)

Otra ley promulgada en ese mismo año, es la Ley N° 26130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica, la cual establece que toda persona mayor de edad, pueda acceder a una intervención quirúrgica como la ligadura tubaria o vasectomía en cualquier establecimiento de salud pública. Además, se aprueba la Ley N° 26171, que estableció el Protocolo Facultativo de la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

En el año 2007, el Ministerio de Salud a partir de la Resolución N° 232, establece en el Programa Médico Obligatorio (PMO), incorporar la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) como método anticonceptivo hormonal. Esto significó un avance importante en relación al uso, distribución y acceso de los diferentes métodos anticonceptivos, así como también fue la sanción de la Ley de régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, garantizando por el Estado estos derechos en cualquier establecimiento público y/o privado.

Por el 2009, se establece la Ley N° 26485 sobre la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, que aspira a eliminar la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida cotidiana, afirmando en particular el derecho de las mujeres a una vida sin violencia.

A comienzo del año 2010, el PNSSyPR, comienza a distribuir insumos principalmente a través del Plan Remediar, con una periodicidad bimensual, hecho que mejoró la provisión de métodos anticonceptivos. Además, desde este programa se comenzó divulgar e implementar el dispositivo de las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva.

En julio del mismo año, Argentina pasó a ser el primer país de América Latina en reconocer el derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo. Se establece la Ley N° 26618 de Matrimonio Civil, denominada como “Ley de Matrimonio Igualitario”, la cual establece que el matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos, con independencia de que los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo. La sanción de esta Ley, es una conquista en materia de derechos, lo cual marcó un precedente para el ejercicio de la ciudadanía sexual en nuestra sociedad, generando la apertura para el debate de la Ley de Identidad de Género.

Además, en este año entró en vigencia la Ley N° 26529 de “Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”, esta Ley regula los derechos del paciente en cuanto a la autonomía de la voluntad, legisla sobre la información que la/el médica/o debe dar y que la/el paciente tiene que recibir y respecto de la documentación clínica.

Un hecho significativo en materia de derechos en 2011, fue la sanción que recibió nuestro país por parte del Comité de Derechos Humanos de la ONU, el cual condenó a la Argentina por el caso de L.M.R., una joven con discapacidad que sufrió una violación y a quien el sistema sanitario negó un aborto autorizado por el Código Penal.

Al año siguiente, la Corte Suprema de Justicia resolvió por unanimidad un fallo histórico, el cual establecía que las mujeres violadas normales o insanas podrán acceder a un aborto sin necesidad de autorización judicial, ni previa ni posterior sanción penal, tanto a la mujer como al

efector de salud que practica la intervención. Para realizarse el procedimiento, la mujer deberá completar una declaración jurada, la cual consta que fue víctima de una violación.

En el año 2012, se sancionó la Ley de Identidad de Género N° 26743 la cual reconoce la garantía personal a la identidad de género de las personas, entendida como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, que puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.

En el año 2014, se realizó la conmemoración de los XX años de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Belém do Pará, que tuvo como objetivo la lucha contra la discriminación estructural y social que viven las mujeres. En el documento de la Convención se remarca que las obligaciones establecidas en la misma exigen a los Estados parte, que diseñen e implementen políticas públicas amplias que den cuenta de los diferentes espacios en que la violencia hacia las mujeres se expresa.

En nuestro país todavía queda mucho por hacer para que la Convención esté reflejada tanto en leyes como en políticas públicas, es así que uno de los puntos más reclamados es la construcción de índices que midan la cantidad de casos de violencia de todo tipo y de femicidios, además de establecer presupuestos para las áreas de género o prevención de la violencia en todos los niveles del Estado.

Durante el año 2015, se estableció la “Guía para la Atención Integral de Mujeres que cursan un Aborto”, la cual tiene como objetivo la disminución de la morbimortalidad materna y busca acercar a los equipos de salud un instrumento claro que les permita ofrecer una mejor calidad de atención, desde una perspectiva integral y con respeto de los DDSyNR.

Otro hito histórico, para los feminismos y los movimientos de mujeres de Argentina y América Latina, fue el 3 de junio de 2015; a raíz del asesinato de una joven rosarina de 14 años,

cuyo caso terminó por conmover e indignar al movimiento de mujeres, el cual había realizado varias marchas para pedir justicia por los femicidios cometidos. A causa de este suceso, se convocó a una marcha nacional y multitudinaria bajo la consigna “Ni Una Menos, Vivas Nos Queremos”, para visibilizar los casos de femicidios en nuestro país y que el Estado tome parte frente a esta problemática, con este hecho se da inicio al colectivo denominado “Ni Una Menos”.

Además, a mitad de este año, entró en vigencia el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, introduciendo modificaciones en diversos temas de nuestros derechos, centrales en la vida cotidiana de las personas como: el matrimonio, divorcio, adopción fertilización, entre otros.

En el año 2016, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU realiza una Observación a nuestro país, con respecto al derecho a la salud sexual y reproductiva, reafirmando el artículo 12⁷ del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976)⁸. En su Observación General N° 22 (2016) destacó que la garantía del derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva es esencial para la efectivización de todos sus derechos humanos, en tanto es indispensable para su autonomía y para tomar decisiones sobre sus vidas y su salud. Para el Comité, la igualdad de género requiere que se tengan en cuenta las necesidades

⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976). ARTÍCULO 12

1. Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y el medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

⁸ Es un tratado multilateral general que reconoce Derechos económicos, sociales y culturales y establece mecanismos para su protección y garantía. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Se compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado.

en materia de salud de las mujeres, distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres en función de su ciclo.

En los años 2017 y 2018, en relación a los DDSyNR, el suceso más significativo, fue el fuerte debate social y político sobre la despenalización y legalización del aborto. Distintos movimientos feministas y organizaciones de derechos humanos fueron asentando las bases para que finalmente se presentó por séptima vez el proyecto de Ley de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el año 2018.

Este hecho, tuvo repercusión en todos los ámbitos de la sociedad, en las instituciones educativas (públicas y privadas), en instituciones de salud, en instituciones religiosas, en los medios de comunicación y en los distintos movimientos a favor y en contra de la Ley, generando un fuerte impacto en las y los ciudadanas/os. Particularmente, en los medios de comunicación se desató un fuerte debate sobre la Ley, que dejaba al descubierto la diversidad de significaciones en torno a la misma.

Este debate se instaló en todos los sectores de la sociedad civil, generando una transversalidad en torno a los discursos que se tenían en los mismos, provocando quiebres y rupturas en las creencias y posiciones, como así también implementando nuevas visiones y cambios de paradigmas en lo que respecta a la SSyNR y como una conquista a los derechos garantizados por el Estado. Finalmente, a mediados del 2018, el proyecto de Ley obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados, pero posteriormente fue rechazado por la Cámara de Senadores.

Este acontecimiento, generó un impacto en las jóvenes, quienes tomaron protagonismo en el espacio público, la “marea verde” invadió las calles, las mujeres jóvenes fueron y son protagonistas de este proceso de masificación, estableciendo los reclamos colectivos a favor de la

legalización y despenalización del aborto, considerado como derecho personal, colectivo y de salud pública.

Finalizando este apartado, concluimos que a lo largo de la historia de nuestro país se fueron desarrollando distintas luchas políticas, y también podríamos decir teóricas, para alcanzar los derechos que actualmente poseemos como ciudadanas/os, en materia de DDSyNR, es necesario resaltar que, las posiciones políticas, los movimientos de mujeres y los feminismos, fueron históricamente quienes pusieron en discusión nuestros derechos sobre la sexualidad y nuestros cuerpos.

Este recorrido histórico refleja el largo camino que hemos tenido que transitar como sociedad y principalmente como mujeres, para que los DDSyNR sean reconocidos como un derecho humano fundamental. Es por ello, que creemos importante reivindicar las luchas de las mujeres, feminismos y las disidencias sexuales como principales protagonistas en estas conquistas en materia de DDSyNR.

1.2 El Dispositivo de Consejería en Salud Sexual y (no) Reproductiva

En este apartado desarrollaremos los principales aspectos y características del dispositivo de Consejería en Salud Sexual y (No) Reproductiva (CSSyNR), el cual fue implementado en el espacio educativo del IPEM 124.

Como mencionamos anteriormente, para comprender nuestro proceso de intervención es necesario recordar que nos situamos desde el ámbito de la salud, ya que el dispositivo fue pensado para los espacios de salud, pero lo adaptamos para implementarlo en un espacio educativo, trabajando en conjunto con el Centro de Salud N°47.

La CSSyNR surge en el marco del PNSSyPR, el cual promueve los DDSyNR de la población. En este sentido, definimos al dispositivo de la consejería como una estrategia central de promoción y prevención de la SSyNR con perspectiva de derechos y género (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Cuando hablamos de Consejería, nos referimos a un dispositivo guiado por los principios de autonomía personal, igualdad, diversidad e integridad corporal. Su objetivo central es posibilitar el acceso gratuito, adecuado y a tiempo, a elecciones autónomas por parte de las y los sujetas/os. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Es importante aclarar, que el nombre de Consejería no tiene nada que ver con una actitud paternalista, de dar un parecer o un consejo a quien lo solicita, sino que hace referencia a un espacio de diálogo y aprendizaje mutuo. En donde alguien que busca/consulta información o respuesta, por un lado, y del otro un alguien que escuche y pueda dar respuesta confiable. De esta manera este alguien que consulta, pueda tomar decisiones conscientes y autónoma, para así favorecer el desarrollo de vivir la sexualidad sana y ejercer sus DDSyNR.

La propuesta del espacio de Consejería para nuestra intervención, la pensamos desde una perspectiva feminista, entendiendo que el sistema patriarcal siempre ha relegado a las mujeres y a las disidencias sexuales al espacio de lo privado, sobre todo a los derechos referido a la sexualidad y a la (no) reproducción. Esta perspectiva, contribuye a politizar la esfera privada y a transformar por medio de este cuestionamiento tanto la esfera pública, como el espacio político formal.

Asimismo, el dispositivo fue pensado por nuestro equipo, desde la perspectiva de género y desde el concepto de interseccionalidad, entendido como el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales, lo que implica: en primer lugar el reconocimiento de las diferentes relaciones de poder que existen entre

los géneros; en segundo lugar entender que estas relaciones de poder se construyen socialmente y a lo largo de la historia y en tercer lugar, visualizar que estas relaciones son transversales y permean todo el entramado social y se van articulando con otras relaciones sociales como son la clase, la edad, la etnia, las preferencias sexuales, así como también la religión.

Es por ello, que coincidimos con Gamba (2008) cuando plantea que:

La perspectiva de género opta por una concepción epistemológica que se aproxima a la realidad desde las miradas de los géneros y sus relaciones de poder. Sostiene que la cuestión de los géneros no es un tema a agregar como si se tratara de un capítulo más en la historia de la cultura, sino que las relaciones de desigualdad entre los géneros tienen sus efectos de producción y reproducción de la discriminación, adquiriendo expresiones concretas en todos los ámbitos de la cultura: el trabajo, la familia, la política, las organizaciones, el arte, las empresas, la salud, la ciencia, la sexualidad, la historia. (p.1)

Coincidimos con lo que plantea Esteban (2006), cuando se refiere que para:

Un análisis adecuado de las desigualdades en salud de hombres y mujeres requiere de una visión no determinista y desnaturalización del cuerpo y la salud, así como una utilización correcta del concepto de género para lo que es preciso tener en cuenta las aportaciones y revisiones feministas (p.9).

Es decir, que es necesario el abordaje y/o intervención desde una mirada feminista para poder entender los procesos de salud, enfermedad y atención, y así comprender el campo de la salud reproductiva desde miradas más integrales.

La Consejería, como dispositivo de nuestra intervención, promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, quienes brindan el servicio deben incorporar estrategias

de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención.

Para profundizar en la noción de “(no) reproductivo” retomamos los aportes de Brown (2008) cuando hace referencia a una reconstrucción histórica del cómo y el porqué de la denominación:

Derechos Reproductivos o Derechos Sexuales y Reproductivos o (no) reproductivos, como prefiero llamarlos, son términos polémicos y relativamente recientes que aluden simultáneamente a tres asuntos: 1) 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; 2) los derechos relativos a decidir si tener o no hijos o hijas, a decidir con quién, cómo y cuántos y a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con anticoncepción y aborto; 3) los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia. (p. 3)

Para la autora, todo lo relacionado a los derechos reproductivos está especificado en el primer punto, pero este también concierne al segundo: cuando se refiere a la no reproducción. Por lo tanto, para que las dos significaciones se hagan evidentes, es que se coloca el “no” entre paréntesis y de ahí la denominación derechos sexuales y (no) reproductivos.

En este sentido, cuando nos referimos a la CSSyNR, se utiliza el no reproductiva porque la sexualidad tiene que ser ejercida de manera libre, saludable, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación; en donde el placer, la intimidad, el erotismo y la orientación sexual forman parte del pleno disfrute de la misma.

Además, hace referencia a la libertad de las personas de decidir si tener o no hijas/os, la cantidad y el espaciamiento entre ellas/os, es decir a una planificación autónoma e informada de la reproducción.

En la experiencia de nuestra práctica de intervención pre-profesional, el dispositivo de CSSyNR fue implementado en el espacio educativo de del IPEM N° 124, mediante la instalación de un espacio de consulta, que funcionó dos días de la semana, con una extensión horaria de 5 horas reloj por cada día, este fue nombrado por parte de las y los jóvenes como la ‘mesita de consejería’⁹, en dicho espacio principalmente se realizaba difusión de información, se brindó atención personalizada y con privacidad para las diferentes consultas.

Es importante aclarar que la propuesta del dispositivo de Consejería en un primer momento fue pensada por parte del PNSSyPR para el ámbito de la salud, como son los centros de atención primaria (CAPS) y hospitales materno- infantiles, pero también para otras organizaciones de carácter social, con la recomendación de tomar los mismos criterios que se plantea en la propuesta de diseño, organización e implementación. Es necesaria, que su implementación siempre se realice en articulación con el sistema de salud, en nuestro caso el Centro de Salud N°47, ya que la responsabilidad de la atención y cumplimiento de los DDSyNR deben ser garantizados de manera integral por parte de las instituciones involucradas.

Para el desarrollo de la Consejería es necesario y fundamental la formación de las personas encargadas del espacio, esta formación tiene objetivos concretos, como lo propone el PNSSyPR en su documento de trabajo, se debe analizar en forma contextualizada las realidades socio-culturales que afectan el derecho a la SSyNR; comprender los temores, desafíos y dificultades que enfrentan las personas al decidir sobre su salud sexual.

⁹ Notas de campo.

Además, reconocer y manejar los propios prejuicios y temores ante situaciones de crisis o de conflictos de valores, y diferenciar las posturas personales (religiosas, morales, ideológicas) del rol profesional.

Se debe desarrollar habilidades de escucha para evaluar la información del otra/o y los problemas que enfrenta, habilidades de intervención oportuna: establecer metas acordadas y realistas, elaborar un plan, aprovechar los recursos reales y potenciales, para actuar en equipo.

Por último, se debe desarrollar disposiciones para actuar y reflexionar sobre la propia intervención, afianzar comportamientos sostenidos en códigos de ética profesional y de conciencia personal y desarrollar habilidades de gestión para la implementación de la Consejería.

Asimismo, el PNSSyPR en el documento de trabajo anteriormente mencionado, propone ejes para la formación de consultoras/es como por ejemplo: salud sexual y reproductiva como derecho humano; perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva; educación participativa, reflexiva y social centrada en la autonomía y la construcción de ciudadanía; la consejería centrada en las necesidades de las personas, respeto y aceptación de las decisiones de la otra persona; la consejería como espacio de diálogo; brindar información completa, precisa, veraz y oportuna; violencia sexual; interrupción del embarazo; determinantes económicos, sociales y culturales de las situaciones de usuarias/os; trabajo en equipo y desarrollo de redes de apoyo social y evaluación de la propia consejería. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

1.3 Claves para reconstruir y analizar la Ley de Educación Sexual Integral

A continuación, desarrollaremos la Ley N° 26150 de Educación Sexual Integral (ESI), la cual consideramos como uno de los pilares fundamentales en el reconocimiento de los DDSyNR

de niñas, niños y jóvenes. Esta Ley, establece que todas/os las y los educandos tienen derecho a recibir ESI en todos los establecimientos educativos públicos de gestión estatal y privada.

Además, esta Ley dispone: “entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” (Art 1º).

El cumplimiento de los propósitos de la Ley implica, para el sistema educativo, el abordaje de la educación de la sexualidad de una manera transversal a la currícula. Ello requerirá la implementación de estrategias superadoras que, incluyendo experiencias y proyectos educativos preexistentes.

Los objetivos de la Ley 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 mujeres y varones.

En este marco, en el año 2009 se redactan a nivel nacional los Lineamientos Curriculares para la ESI, este documento está dirigido a las y los educadores y expresa de manera introductoria cuáles serán los parámetros de trabajo en el marco de la Ley.

Aunque la normativa no haga una mención explícita, en los lineamientos curriculares anteriormente mencionados está reconocido el derecho de las y los niñas/os y jóvenes LGBTIQ+ a recibir una ESI. Asimismo, está reconocida la cuestión LGBTIQ+ como contenidos que deben ser transmitidos a todas/os las niñas, los niños y jóvenes, que permitan tratar la temática,

problematizar y acoger a aquello que pueda suscitarse en relación a la cuestión de la diversidad sexual que forma parte de la cotidianeidad en los establecimientos educativos.

La ESI, desde sus inicios ha sido motivo de disputas y controversias, no solo en su aplicación e implementación, sino también en los diferentes discursos que se fueron construyendo por parte de distintos ámbitos de la sociedad.

Para problematizar esta situación, nos preguntamos como lo plantea la autora Cepeda (2008):

¿Sobre qué nociones de sexualidad y género está fundamentada esta ley de educación? ¿Es posible pensar que la ley de ESI reproduce de alguna manera esta paradoja en la cual la ampliación del espacio de discusión sobre reproducción y sexualidad en las aulas se produce al mismo tiempo que se normativiza comportamientos sexuales estereotipados como válidos y positivos? (p.32)

Es así, que podemos reconocer que, en la ESI, coincidiendo con lo que plantea Morgade (2006): “son los enfoques ideológicos y teóricos acerca de la educación sexual los que entran en disputa y en este territorio muchas veces se trata más de desconocimiento, desconfianza o luchas territoriales antes que de posiciones que en si no pueden encontrar coincidencias” (p.1).

Como mencionamos en el apartado N°1 en relación al debate por el aborto legal, seguro y gratuito (año 2018), grupos conservadores y religiosos comenzaron a manifestarse en contra de la ESI. Surgieron diversos discursos, generando confusiones al respecto de esta Ley, con más de diez años de vigencia.

A raíz de los debates generados en torno a la ILE, los DDSyNR fueron cuestionados por los grupos conservadores y eclesiásticos, los cuales se posicionaron en contra de estos derechos, especialmente la ESI recibió las mayores críticas.

Se generó una fuerte campaña a partir del movimiento impulsado en toda América Latina con la consigna *Con Mis Hijos No te Metas*. El mismo, tuvo una amplia repercusión en las calles, las redes sociales, los medios de comunicación, y principalmente dentro del espacio educativo, lo cual repercutió en el desarrollo de nuestras prácticas de intervención en el IPEM, ya que por parte de la Dirección hubo un re direccionamiento sobre qué temas estaban permitidos para trabajar en los talleres en las aulas y cuáles no.

Este movimiento *Con Mis Hijos No te Metas*¹⁰, reconoce a la salud sexual como relegada al ámbito privado considerando a la familia como la encargada de la educación sexual, dejando en evidencia el carácter conservador, retrógrado y anti derechos de dicho movimiento. Además, se generó confusión sobre la perspectiva de género, construyendo un discurso negativo denominado como ideología de género, manifestando como tal toda forma o propuesta no binaria de ejercicio de la sexualidad y de la reproducción, representado una amenaza contra el ideal de orden sexual defendido por los movimientos conservadores.

En relación a lo que promueve la ESI, entendemos que la comunidad educativa en general, las familias en particular y otros actores de la sociedad civil ligados a la educación y la promoción de la salud deben constituir espacios, redes y alianzas para no dejar este proceso liberado a las decisiones de miembros de cada establecimiento, sino que el mismo debe formar parte de la agenda educativa a nivel nacional para garantizar así la igualdad de oportunidades sin dejar de lado las iniciativas de cada institución educativa en particular.

Es pertinente recuperar la propuesta de Faur (2007) en cuanto a que:

¹⁰ <https://www.cels.org.ar/web/opiniones/con-mis-hijos-no-te-metas-la-expresion-de-deseo-que-choca-contra-la-legalidad/>

La escuela, entonces, contribuye a la construcción de ciudadanía, también cuando es capaz de respetar las necesidades y los derechos de los niños, niñas y adolescentes que acompaña en su crecimiento. Cuando logra ofrecer herramientas para que el desarrollo de su autonomía, del cuidado de sí mismo y de los otros, en el contexto de relaciones sociales respetuosas y equitativas, sea una realidad posible de construirse para todos y todas. (p.29)

Es de suma importancia, reconocer la responsabilidad que tiene el Estado en todos sus niveles, ya que el mismo tiene la obligación de proponer, propiciar y articular políticas que atiendan de manera integral a toda la población, y de este modo garantizar la construcción de ciudadanía de las y los jóvenes.

CAPÍTULO 2

Pensando las instituciones

2.1 Las Instituciones de nuestra intervención: Centro de Salud N°47 e IPEM N° 124

Como hemos mencionado anteriormente, nuestras prácticas pre-profesionales se realizaron en el IPEM N°124 “Adela Rosa Oviedo de De La Vega” y el Centro de Salud N°47, ubicadas en el Barrio Coronel Olmedo. Dicho barrio, se encuentra ubicado en la zona sur de la Ciudad de Córdoba, en la periferia a unos 7 km del centro de la misma, limita con los barrios y asentamientos: El Quebracho, Las Magdalenas, San Lucas, Las Magdalenas anexo, Coronel Olmedo anexo y Cárcano.

Coronel Olmedo se fundó en el año 1914, lo que lo convierte en el barrio más antiguo de la zona, configurándose en sus inicios como un asentamiento que luego se fue expandiendo producto de una explosión demográfica.

A continuación, se describen las principales características de las instituciones de nuestra intervención.

2.1.1 Centro de Salud N°47

El Centro de Salud se ubica en la calle Pascual Ruiz Huidobro al 5848, a una cuadra de la avenida principal y al frente de la plaza del barrio. Las especialidades con las que cuenta esta institución son: clínica médica, enfermería, ginecología, pediatría, medicina general, odontología y trabajo social. La atención es de lunes a viernes de 7.30 a 18 horas. De acuerdo a los últimos datos relevados en el año 2013, el centro de salud tiene un área programática o territorio a cargo constituido aproximadamente por 2500 familias de los barrios Coronel Olmedo, Coronel Olmedo anexo, Las Magdalenas, Las Magdalenas anexo, El Quebracho y San Lucas.

El Centro de Salud N°47 pertenece a la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS), la cual coordina 96 Centros de Salud distribuidos en 6 zonas sanitarias, cubriendo a la

mayoría de los barrios de la capital. La DAPS pertenece a su vez a la Dirección General de Atención de la Salud, de la Subsecretaría de Atención de la Salud, de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba.

Luego de esta breve descripción creemos apropiado retomar a Spinelli (2010) para comprender el campo de la salud desde donde parte nuestra intervención, quien propone trabajar este concepto, entendiéndolo como:

La convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. Los principales capitales en juego en un campo son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima).¹¹ (p. 276)

La propuesta del autor, nos permite romper con la categoría de sistema de salud por campo de la salud, la misma propone una mayor comprensión de los modelos de atención de los procesos de salud-enfermedad. De esta forma, vamos a entender a la salud como un hecho social complejo e integral, el cual está interpelado por distintas posiciones de poder, en donde se disputan capitales entre los agentes que participan en esta relación.

¹¹ De allí que los distintos agentes compitan por acumularlos y en función de ellos tratan de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación. Esto expresa la disputa por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior. Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas, donde cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales. Hugo Spinelli (p. 276, 2010).

El Centro de Salud pertenece al primer nivel de atención, el cual constituye el primer contacto de la persona, las familias y comunidades con el sistema sanitario nacional.

Cuando hablamos de primer nivel de salud, nos referimos a la denominada estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), fundamentada por lo que fue la declaración de Alma Ata (1978), a la que nuestro país se suscribió. Esta declaración define a la APS como el cuidado esencial de salud en base a métodos científicos socialmente aceptable y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad, a través de una participación plena y de unos costos que estén al alcance de la nación y de la comunidad.

La estrategia de APS, se constituyó como un instrumento para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones del mismo, es decir, ve a la salud como un derecho y como un principio de justicia social.

2.1.2 IPEM N° 124 “Adela Rosa Oviedo de De La Vega”

La Escuela IPEM N° 124 se ubica a metros del Centro de Salud N°47 descrito anteriormente, en la calle Av. Idelfonso Muñecas 4073, de nivel secundario con especialización en salud y ambiente.

La institución tiene tres turnos, mañana, tarde y noche. En los turnos mañana y tarde funciona el nivel secundario y el Programa de Inclusión y Terminalidad (PIT), de la Escuela Secundaria para Jóvenes de 14 a 17 años y Formación Laboral, y en el turno noche funciona el Centro Educativo de la Provincia de Córdoba (CENMA). Asisten aproximadamente 620 estudiantes, alrededor de 70 docentes y 20 no docentes.

Las y los jóvenes que asisten al establecimiento educativo, no solo pertenecen al barrio de Coronel Olmedo, sino también, a barrios aledaños como El Quebracho, Las Magdalenas, San Lucas, Las Magdalenas anexo, Coronel Olmedo anexo, Cárcano y José Ignacio Díaz.

Esta institución mantiene convenios con la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), según nuestra perspectiva, esta característica es un hecho significativo, ya que permite la incorporación de nuevos discursos y saberes al interior de la misma, genera una instancia de intercambio y nuevas experiencias con las personas que trabajan allí y las y los jóvenes, permitiendo construir redes que resulten transformadoras y positivas para la comunidad educativa.

2.2 Describiendo la situación de la Salud Sexual y (No) Reproductiva en el IPEM

En este apartado se va describir la situación de la SSyNR en el IPEM, en donde llevamos a cabo nuestro proceso de intervención. El espacio de CSSyNR tiene sus orígenes en la escuela en el año 2015. El mismo, lo inauguraron compañeras de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC, entre ellas tesistas y becarias extensionistas.

Como equipo consideramos necesario recuperar estos procesos, los cuales sentaron las bases para la continuidad de la Consejería en el año 2018 y permitieron seguir enriqueciendo y ampliando dicho espacio. La intervención, partió desde el Centro de Salud y se situó en la Escuela, este espacio de consejería estuvo dirigido a las y los jóvenes que asisten a dicha institución educativa.

Para introducirnos en la situación de la SSyNR, recuperamos lo enunciado en el capítulo N°1 sobre este concepto, el cual se refiere a la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, con la libertad para decidir si procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta

definición incluye el derecho a recibir información adecuada, acceder a diversos métodos anticonceptivos y además a servicios de salud de calidad.

Para garantizar el acceso a la SSyNR plena, entendemos que el Estado como garante de derechos y la sociedad civil, son responsables de promover los DDSyNR de las y los jóvenes. Por un lado, es el Estado el principal garante de estos derechos a través de las políticas públicas que se desarrollan en los diferentes ámbitos del mismo. En este sentido, esta responsabilidad implica que debe actuar a partir de la reforma o creación de leyes y políticas públicas, para lograr el acceso a información y a servicios de salud; además, debe llevar un control y monitoreo del cumplimiento de las leyes y programas en relación a la SSyNR.

Por otro lado, la sociedad civil, entendida como el conjunto de organizaciones no gubernamentales, organizaciones sociales, asociaciones, entre otras, las cuales deben promover y respetar la libertad de las y los jóvenes, los derechos a decidir sobre su salud y su propio cuerpo. También debe sensibilizar a otros actores sociales acerca de la importancia de estos derechos. Sin embargo, es importante el trabajo en conjunto por parte del Estado y la sociedad civil para la efectiva promoción y acceso al ejercicio de los DDSyNR de las y los jóvenes.

En relación al acceso de los DDSyNR, en cuanto a la necesidad de acceder a información de calidad, a recursos materiales y simbólicos, logramos identificar el interés por conocer la temática por parte de las y los jóvenes, a partir de encuestas, notas de campo de las distintas actividades que se realizaron y observaciones dentro del IPEM.

En este sentido, la Escuela es un espacio fundamental, donde las y los jóvenes pasan gran parte de su cotidianidad, es un pilar esencial para la construcción de conocimientos, saberes y poder adquirir diversas herramientas que les permitan el ejercicio real de su ciudadanía.

En relación a lo planteado, recuperando las notas de campo, logramos reconocer la situación de la SSyNR de las y los jóvenes con quienes realizamos la experiencia de intervención, según sus voces reconocieron al Centro de Salud como espacio de atención.

Sin embargo, en ciertas situaciones veían obstaculizado el acceso a la salud, ello se vio reflejado, cuando las y los jóvenes manifestaron, que en varias ocasiones acudieron al centro (ya sea para una consulta programada o una espontánea o para solicitar métodos anticonceptivos) y tuvieron restricciones para la atención por parte de algunas/os profesionales del centro por el simple hecho de ser menores de edad o no estar acompañada/o por una persona adulta.

En relación a la temática abordada, las y los jóvenes a lo largo del proceso de intervención fueron manifestando sus diferentes puntos de vista en lo que respecta al reconocimiento de sus DDSyNR.

Por ello, existen diversas representaciones que tienen las y los jóvenes de nuestra intervención en lo que respecta a la sexualidad, por un lado, basándonos en las notas de campo, varias/os manifestaban no reconocer a la salud sexual como un derecho humano básico, un ejemplo de ello fue expresado en distintas ocasiones, al desconocer la posibilidad de acceder a un MAC, de forma segura y gratuita sin el acompañamiento de una persona adulta.

Por otro lado, los modos de acceso a la salud estaban restringidos por las ideas y mitos que se construyen sobre la supuesta “precariedad e ineficacia” del sistema de salud pública, por ejemplo, muchas usuarias de pastillas anticonceptivas, dejaban de utilizarlas porque “*las pastillas te embotan*”¹², tampoco retiran preservativos del Centro de Salud por considerarlos de mala calidad, expresando “*los preservativos vienen pinchados*”¹³.

¹²Notas de campo, palabras textuales.

¹³ Ídem.

Un aspecto importante para el trabajo con las y los jóvenes, fue reconocer cuáles son los lugares a los que acceden como usuarias/os del servicio de salud, algunos de ellos son el Centro de Salud N°47, Centro de Salud N°68 de Barrio Cárcano, Hospital Provincial Florencio Díaz, los cuales se sitúan en la cercanía geográfica donde habitan las y los jóvenes. Estas instituciones forman parte del subsistema público de salud, en donde cualquier ciudadana/o tiene derecho a ser atendido gratuitamente. Además, hay jóvenes que cuentan con obra social, ya que algún miembro de su familia tiene un “trabajo en blanco”¹⁴ con la posibilidad de incluirlas/os en la prestación, pudiendo acceder a una variedad de atención.

También se reconoció que las y los jóvenes, acceden, producen y reproducen información que se va transmitiendo entre pares, familiares y/o conocidas/os, medios masivos de comunicación, redes sociales, entre otros, lo cual va construyendo un marco de representaciones sociales, sobre temas relacionados a la sexualidad. Esto se pudo identificar en algunos comentarios que las y los jóvenes expresaban con respecto a los MAC, por ejemplo “*en el sexo oral no hace falta usar preservativo*”, “*el DIU es un método abortivo*”, “*no tomo pastillas porque muchas quedan embarazada igual*”¹⁵, estas expresiones reflejan las representaciones de cómo van construyendo su sexualidad en general y en este caso particular al uso de los MAC.

Además, se identificaron los lugares donde resuelven o dan respuesta a las necesidades de acceso a los recursos materiales, muchas/os recurren a los centros de salud cercanos, farmacias, espacios de consejería la cual estuvo funcionando en el IPEM hasta el año 2018, y también a personas y profesionales amigables.

¹⁴ Notas de campo.

¹⁵ Notas de campo, expresiones textuales.

2.3 Análisis institucional

En este apartado se propone un análisis institucional, el mismo se enfocará en la institución escuela en la cual tuvo lugar la intervención.

Para comenzar nuestro análisis, es importante retomar lo mencionado anteriormente, en tanto la propuesta de intervención fue pensada a partir del dispositivo de CSSyNR, el cual fue diseñado para aplicarse en el ámbito de la salud, pero en nuestra intervención recuperamos el mismo y lo adaptamos para desarrollarlo en el ámbito educativo, es por ello que no realizaremos un análisis del Centro de Salud.

Recuperando los aportes de Martínez, Collazo y Liss (2009)

La escuela es una construcción social, que mantiene el orden social vigente en cada momento histórico. Vemos así a la escuela como un instrumento para la consolidación y perpetuación de ciertas normas, valores, ideas, que permiten el funcionamiento de determinados modelos vinculares. (p. 393)

Coincidimos en la propuesta de los autores, en pensar a la Escuela como una construcción social, atravesada por el contexto social, histórico, político y económico, los medios masivos, los saberes y significaciones de las personas que la transitan. En este complejo entramado, se pudieron reconocer las diferentes posiciones y posicionamientos que disputan las personas que transitan la Escuela, en lo que respecta a la SSyNR.

Para dialogar sobre las condiciones institucionales que posibilitan y obstaculizan la dinámica particular, necesitamos reconocer los problemas y las discusiones que afectan a la institución, esto nos permite analizar e intervenir en términos de posibilidades reales presentes en la institución, y la posibilidad de promover, y generar condiciones necesarias para un proceso de intervención. (Rotondi, Fonseca, Verón, 2011)

Para adentrarnos en un análisis institucional, nos parece apropiado retomar las categorías de *instituido- instituyente* que plantea Kaminsky (1994) quien entiende que “la dimensión de lo instituido significa una estructura ya dada, mientras que la dimensión de lo instituyente no es tan sólo algo dado, sino que se va haciendo, se va conformando según este juego o dialéctica” (p.31).

Reconocer lo instituido en la Escuela, nos permitió identificar este complejo entramado que se desarrolla en la misma, particularmente en lo que se refiera a los DDSyNR, y específicamente a la ESI como puerta de entrada de los mismos al interior de la institución.

Por parte del equipo docente y no docente, logramos identificar en sus discursos la importancia de la SSyNR como aspecto necesario en las prácticas académicas de las y los jóvenes, pero en el desarrollo de su currícula y al momento de considerar a la misma desde una perspectiva integral de la salud, existía cierta resistencia para lograr incorporar la temática a la currícula.

Se daba una generalidad en los discursos sobre la ESI, considerando como importante y necesaria dicha Ley, pero no se veía reflejado en el trabajo diario con las y los jóvenes, ya que recuperando las voces de las/los mismas/os, la información y conocimientos sobre los temas que se deberían abordar, quedaba a predisposición de cada docente y especialmente a las materias relacionadas a las ciencias naturales.

En cuanto a las y los jóvenes, se presenta una doble interpretación en relación a la SSyNR, una parte sí reconocía a la salud sexual como un derecho y a su vez lo identificaban como un derecho vulnerado, y de la otra parte existía una desinformación con respecto a los mismos. Esto se puede reflejar, en palabras de las/los jóvenes “*en el dispensario me tienen que dar las pastillas gratis*”, “*todos tienen acceso al centro de salud por búsqueda de métodos si sos mayor de 14 años*”

y si sos menor tenes que ir con algún mayor responsable”, “fui a buscar la pastilla del día después para mi novia, pero pensé que iba a ser más complicado conseguirlas”¹⁶.

En el comienzo de nuestra inserción, se manifestó por parte de la Directora una postura positiva en relación a la propuesta de nuestro trabajo, quien brindó la apertura para trabajar con las y los docentes dentro del Proyecto Educativo Institucional, trabajar en conjunto las propuestas que se iban a desarrollar a lo largo del año, entendiendo el trabajo de Consejería se articula directamente con la ESI.

A su vez, se reconoció por parte del equipo directivo la intervención de las compañeras que estuvieron los años anteriores, destacando el impacto que había generado la jornada de testeo masivo, el cual en palabras de las mismas: *“fue bien recibido por parte de toda la comunidad educativa y las familias de los estudiantes”¹⁷.*

Este primer acercamiento generó un panorama positivo para poder proyectar la propuesta de intervención, generando una instancia de apertura a la temática, un interés y predisposición por parte del equipo docente y no docente.

Cuando formalmente iniciamos las prácticas pre-profesionales dentro de la institución, había una actitud de extrañeza frente a nuestra presencia en la misma, muchas docentes preguntaban quiénes éramos y cuál era nuestro rol dentro de la escuela, y otras/os reconocían nuestra presencia y la importancia de la temática en relación al trabajo con las y los jóvenes.

En esos momentos, existía cierta curiosidad por saber quiénes éramos y cuál era nuestra iniciativa, en el espacio de la mesita, docentes y no docentes se acercaban para manifestar su agrado frente a la propuesta, ya que la consideraban como un espacio necesario para que las y los jóvenes se pudieran informar y expresar sus dudas.

¹⁶ Notas de campo, palabras textuales.

¹⁷ Notas de campo.

Por parte de las y los jóvenes, se mostraban curiosas/os por nuestra presencia, algunas/os reconociendo el trabajo de los años anteriores sobre la Consejería, y en otras/os había una actitud indiferente.

Con este primer acercamiento, se logró reconocer distintas actitudes que generaba nuestra presencia en la comunidad educativa del IPEM, a pesar de la buena predisposición, en la realidad existió una resistencia para trabajar la temática por parte de algunas/os docentes quienes en los primeros acercamientos mostraron una predisposición para brindarnos las horas áulicas para desarrollar los talleres y pensar conjuntamente futuras actividades, pero en el transcurso de la intervención se negaron.

Hubo dos momentos relevantes dentro del movimiento institucional a lo largo de toda la práctica, en un primer momento, como enunciamos anteriormente, se dio una apertura, cierto interés, pero también una extrañeza sobre nuestro trabajo en la institución. En esta primera parte, se pudo realizar el trabajo propuesto, donde se indagó sobre los principales intereses en relación a la temática que tenían las y los jóvenes, cuáles docentes estaban interesadas/os en abordar esta temática en conjunto con nuestro equipo.

Luego de la apertura, se comenzaron a realizar las actividades que se habían propuesto en la planificación, con talleres dentro de los cursos y con el espacio de la mesita logramos identificar qué información era más relevante para brindar a través de folletería y de conversaciones que se generaban en ese espacio; también, en la Consejería individual o grupal con las y los jóvenes logramos reconocer quienes eran usuarias/os de MAC y donde asistían frente a una consulta sobre su salud sexual.

En este momento, el equipo docente acompañó estas actividades brindando sus horas de clases, pero no participando activamente de las mismas; se presentaron situaciones en donde

docentes nos delegan actividades que ellas/os debían realizar como la jornada “Escuela Libres de Violencia”, y también nos plantearon temas específicos para abordar en los talleres, los cuales forman parte del abordaje de la ESI.

Sobre la jornada antes mencionada, la Directora nos solicitó desarrollar un taller áulico, con las y los jóvenes en conjunto con una docente. La actividad ya estaba establecida, no formamos parte de la planificación, ni de las reuniones previas a la jornada, para poder trabajar en conjunto e interiorizarnos sobre cuál iba a ser el contenido y propósito de la misma. Además, al momento de realizar los talleres existió un límite explícito por parte de las directivas sobre los contenidos que se podían abordar o no con las y los jóvenes en las aulas.

Esto dejó en evidencia, que existían temas que eran considerados inapropiados por parte de algunas/os docentes y las directoras para abordarlos dentro de las aulas, particularmente hablar de aborto era una de las principales restricciones que se nos había establecido, si se generaba alguna discusión en torno a esta temática, debíamos dejarlo para el espacio de la mesita con las personas que deseaban conversarlo.

El segundo momento, estuvo enmarcado por el contexto a nivel nacional en relación al debate sobre la Ley de ILE, el mismo tuvo una repercusión social, acompañado por un fuerte movimiento mediático, instaurando los diferentes discursos dentro de la dinámica de la Escuela.

A partir de esta situación, se generó –desde algunos sectores- un cuestionamiento sobre la ESI y la SSyNR, principalmente lo referido a la ILE, y además se instaló el debate sobre la educación sexual en las escuelas poniendo foco en cómo debería ser desarrollada, como mencionamos en el capítulo N°1.

En este sentido, se encontraban posiciones opuestas, por un lado, actores que consideraban que la ESI debía ser desarrollada dentro del ámbito privado (el hogar y el entorno familiar),

planteando que eran las familias quienes debían encargarse de ello y no la institución educativa. Por otro lado, actores que dentro de este contexto reivindicaban la existencia de la ESI y manifestaban la importancia de la transversalidad de la misma en la educación de las niñas, niños y jóvenes.

A partir de los movimientos colectivos, de puja de poder y de fuerza, se produjeron contradicciones al interior de la Escuela y ello repercutió de manera directa en nuestra intervención.

Existieron límites y resistencias en cuanto a la disposición del espacio y los horarios para desarrollar las actividades en el aula con las y los jóvenes. Luego del debate, algunas/os docentes dejaron entrever su postura en relación a cuáles eran los temas que consideraban importantes para trabajar dentro de las aulas, siendo la ILE una temática que generaba cierta incomodidad entre las y los actores de la institución.

En cuanto a nuestra intervención con las y los jóvenes, siguiendo con lo mencionado anteriormente, estuvo condicionada en temáticas que si se podían trabajar y otras que “*es mejor no abordarlas*”¹⁸. Particularmente, en lo que refiere al aborto, existía un desacuerdo sobre cuál era la información que podíamos brindar, cuáles eran las discusiones que se podían proponer sobre todo dentro del espacio áulico.

Asimismo, también fue cuestionado por parte de algunas/os jóvenes y algunas/os integrantes del equipo docente y no, nuestro posicionamiento político con respecto a la ILE. Recuperando sus palabras, cuando identificaban el pañuelo verde de la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito algunas/os jóvenes nos preguntaban “*están a favor del aborto*”, “*son feministas*”, “*de qué se trata la ley*”¹⁹, y por parte del equipo docente “*no deben imponer su*

¹⁸ Notas de campo.

¹⁹ Ídem.

ideología de género, porque los jóvenes son influenciables”, “los estudiantes de este curso estamos a favor de las vidas”²⁰.

Recuperamos a Rotondi (2011) quien plantea que:

El análisis institucional es político y ejerce una acción cuestionadora del poder, que puede producir un efecto sobre el objeto (la institución y su organización) de la realidad concreta en estado de malestar conflicto o crisis, donde el interrogante se dirige básicamente a encontrar respuestas respecto a quien ejerce ahora y desde cuándo, el poder de decisión, como lo usa, y con quien lo comparte. (p.11)

Para finalizar este apartado, luego de haber planteado algunos momentos y situaciones particulares de nuestra intervención, nos parece pertinente retomar a Shlemenson (s.f), quien propone la dimensión “contexto”, esto refiere a que, se debe ver la dinámica interna de una institución y considerar la incidencia que tiene el mismo. Esto lo vimos reflejado particularmente, sobre la puesta de sentidos por parte de los actores de la institución a raíz del debate nacional por la ILE, lo cual atravesó a la institución, que implicó la revisión de los esquemas previos, generando quiebres y rupturas en la dinámica interna y posibilitando una apertura a nuevas disposiciones de sentidos sobre el tema en debate, dando a conocer una nueva realidad.

²⁰ Ídem.

CAPÍTULO 3

Las juventudes y el ejercicio de sus Derechos Sexuales y (No) Reproductivos

3.1 ¿Cómo definimos a las juventudes?

Nos parece pertinente plantear la manera en cómo denominamos a las y los sujetas/os con quienes trabajamos, reconocemos a las/los mismas/os desde una concepción de *las juventudes*. Entendiendo la misma cómo, *los lugares*, las posiciones de estas/os sujetas/os en tanto el género, la raza, la historia, la clase, la situación socioeconómica, la cultura y el territorio que habitan. Todo esto le imprime una heterogeneidad a la juventud denominando como *juventudes*, de esta manera, reconocemos que existe una diversidad de formas de transitar y vivirla.

En este sentido, debemos reconocer a las juventudes desde la pluralidad y la diversidad en los distintos espacios sociales, identificando estas diferencias los que implica un desafío para todas/os: volver a mirar(se), para aprender(se) y comprender(se).

La juventud no es una categoría definida exclusivamente por la edad y con límites fijos de carácter universal, sino que se construye en el juego de las relaciones sociales. Cada sociedad, cada cultura, cada época definirá su significado y a su vez este no será único, habrá sentidos hegemónicos y alternos, fueron los imaginarios sociales dominantes quienes de forma relevante definieron a los grupos portadores de la condición juvenil. (Chaves, 2010)

A partir de los aportes de Báez y Sandoval (2007), se considera el concepto de juventudes en relación con tres aproximaciones.

Como categoría etaria, se refiere a aquellas personas de entre 15 y 24 años, etapa que coincide con la inserción en el mundo adulto a través de la obtención de un trabajo estable y la formación de una familia, pero esta manera de definirla/de entenderla la limita como si fuera única y sin diferenciación interna.

Como etapa de maduración ligada a los cambios fisiológicos y psicológicos, que se funda en la construcción de la identidad, donde se producen importantes procesos y definiciones en lo

afectivo, sexual, social, intelectual y físico motor; sin embargo, desde esta perspectiva no se considera el espacio temporal en el que se encuentran las/os sujetas/os, por lo cual mantiene una mirada lineal y homogénea del concepto juventudes.

Finalmente, recuperan la perspectiva que define a las juventudes como cultura, ya que las considera una construcción social asociada a modos de pensar, sentir, percibir y actuar que atraviesan las actividades de un grupo y las distinguen de otros, ubicándose en un espacio y tiempo determinado, haciendo no solo referencia a procesos internos en las personas, sino también permitiendo dar cuenta de la capacidad de producir cultura. Es desde esta perspectiva de los autores desde la cual nos posicionamos y entendemos a las juventudes.

Tenemos que reconocer que existen una diversidad de miradas sobre las juventudes, pero la que prima generalmente es la adultocéntrica, esta mirada la recuperamos para problematizarla en nuestra intervención, esta es la relación asimétrica que se genera entre el mundo adulto y el mundo joven.

Reconocemos a las juventudes no como una etapa transitoria que permite el ingreso a la adultez, sino como un momento más de la vida en la que se debe reconocer la autonomía y el pleno ejercicio de los derechos de las y los jóvenes, lo que da lugar a prácticas respetuosas que fortalezcan la toma de decisiones autónomas por parte las juventudes.

Aludimos a las palabras de Quapper (2000) quien plantea a las juventudes como categoría que se define como diversas expresiones y significaciones, las cuales forman parte del complejo entramado de nuestra sociedad, dependiendo de cada grupo social y se expresan de múltiples maneras.

Coincidimos con la crítica que hace el autor a la mirada adultocéntrica, la cual implica situar al adulto como punto de referencia para el mundo juvenil, lo que debe ser y lo que debe

hacer, en el desarrollo de las prácticas de producción y reproducción, para ser considerado como parte de nuestra sociedad. A su vez, el autor afirma que “cuando se significa al mundo joven en nuestras sociedades la mayoría de las veces se hace desde esta matriz cuyo surgimiento en la historia va de la mano con el patriarcado” (Quapper, 2000, p. 67).

Otro aspecto a considerar cuando hablamos de juventudes, es pensar que la misma no es independiente del género, como plantean Margulis y Urresti (2008) en nuestra sociedad el tiempo transcurre para la mayoría de las mujeres de una manera diferente que para los varones.

La maternidad implica un tiempo distinto, que afecta a la condición de juvenalización de las mujeres, con la idea establecida socialmente de que estamos condicionadas por un reloj biológico y, por lo tanto, la idea de maternar se agota y es la sociedad la que impone los tiempos de juventud para las mujeres. Esta situación es diferente para los varones, ya que el tiempo para paternar no está condicionado.

En relación a lo anterior, recuperamos a Margulis (2008):

Nuestra época ha abierto otras perspectivas de logro para las mujeres de sectores medios y altos, que compiten por su tiempo y energía y pueden considerarse como relativamente alternativas de la maternidad: carreras profesionales, artísticas, intelectuales, etc. Se puede entonces advertir cómo varían según el género (s) los ritmos temporales que influyen en las formas de invertir el crédito vital y social disponible. (p. 9)

Siguiendo con el autor, se establecen dos aspectos relacionados a considerar para pensar la juventud, por un lado, la moratoria vital²¹ y por la otra moratoria social²². En este sentido es que la juventud puede pensarse como un período de la vida en que se está en posesión de un excedente temporal, de un crédito o de un plus, como si se tratara de algo que se tiene ahorrado, algo que se tiene de más y del que puede disponerse, que en los no jóvenes es más reducido. De este modo, tendrá más probabilidades de ser joven todo aquel que posea ese capital temporal como condición general.

Pensando en esta condición temporal que se expresó anteriormente, existe en el imaginario de las y los jóvenes con los que trabajamos, una sensación de que el tiempo incide de manera distinta a diferencia de las personas no jóvenes, generando una idea de invulnerabilidad, de seguridad y de que la muerte está lejos²³. Sobre la moratoria vital, es que se construyen diferencias sociales y culturales en el modo de ser joven, dependiendo de la clase social.

3.2 Las y los jóvenes como sujetas/os de derechos

En el presente apartado, se propone una reflexión acerca de las y los jóvenes desde un enfoque de derechos, recuperando el análisis propuesto por algunas/os autora/es quienes enmarcan a los DDSyNR como derechos humanos.

²¹ Es con la moratoria vital que se identifica esa sensación de inmortalidad tan propia de los jóvenes. Esta sensación, esta manera de encontrarse en el mundo (objetiva y subjetivamente) es lo que se asocia con la temeridad de algunos actos gratuitos, conductas autodestructivas que juegan con la salud (que se vive como inagotable), la audacia y el arrojo en desafíos, la recurrente exposición a accidentes, excesos, sobredosis. Sobre esta condición se ha encarnado una cierta mitología de la cultura juvenil, que valoriza el "morir joven", morir antes que envejecer, trágicamente, para permanecer siempre joven, inmortal. Pero también hay que destacar que existen en la vida social formas de muerte que se ensañan con los jóvenes: son ellos los reclutados en los ejércitos, los que libran las guerras, la carne de cañón en el campo de batalla. Fueron jóvenes las víctimas predilectas durante el Proceso, la gran mayoría de los muertos durante la guerra de las Malvinas.

²² Esta "moratoria" es un privilegio para ciertos jóvenes, aquellos que pertenecen a sectores sociales relativamente acomodados, que pueden dedicar un período de tiempo al estudio -cada vez más prolongado- postergando exigencias vinculadas con un ingreso pleno a la madurez social: formar un hogar, trabajar, tener hijos.

²³ Notas de campo, Taller Roles, Género y Diversidad

Como lo hemos mencionado anteriormente las/los sujetas/os con quienes intervenimos fueron las/los jóvenes que asisten al IPEM N°124, con quienes trabajamos de manera colectiva, construyendo nuevos aprendizajes a lo largo del proceso.

En lo que respecta a los DDSyNR, los mismos son parte indisociable de los derechos humanos básicos. Por ello, recuperamos lo que plantea Petracci y Ramos (2006) en el CoNDeRS²⁴ que establece que:

Esta afirmación contribuye a revertir una lógica perversa que suele prevalecer en el sistema de salud: los usuarios no están recibiendo un favor, sino haciendo efectivo un derecho. Esta dimensión de las prestaciones en salud debe ser subrayada e incorporada a la formación de los miembros de los equipos de salud. (p.117)

Es necesario, poner foco desde una perspectiva de derechos, para generar un conocimiento crítico de la realidad de las y los jóvenes en el ejercicio de sus derechos como ciudadanas/os, desde la empatía y la significación de sus prácticas. Es decir, una producción de conocimiento que nos permite una mirada hacia las juventudes como sujetos de derechos, productoras/es y constructora/es de cultura, revalorizar su palabra y participación, como así también potenciar el sentimiento de pertenencia en el espacio público.

Al concebir a las y los jóvenes como sujetas/os de derecho, es necesario explicitar qué entendemos cuando hablamos de Derechos Humanos (DDHH), los cuales son derechos que corresponden a todas y a todos por el solo hecho de ser personas, sin discriminación alguna por motivos de sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición social.

²⁴ Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos.

Recuperamos el aporte de Peñas Defago (2012) quien sostiene que los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, constituyentes todos del enfoque de DDHH imponen el desafío, en el campo de las políticas públicas y agendas de desarrollo, de implementar acciones preferenciales hacia las personas y grupos excluidos de la sociedad. El fortalecimiento de las capacidades de las personas para ejercer sus derechos, y la de los Estados para garantizar y cumplir con sus obligaciones en este plano, resulta medular para el logro de los objetivos del desarrollo.

El enfoque de DDHH, supone el armado e implementación de políticas públicas en las que no sólo se tienda a reducir la incidencia de la desigualdad en el acceso efectivo a los derechos, sino que además propongan medidas para superar estas barreras de manera permanente. (Abramovich y Pautassi, 2006)

Para avanzar en la comprensión de las y los jóvenes en cuanto a sus derechos, se precisa considerarlas/los no sólo como beneficiarias/os de ciertas prestaciones de la política pública, sino que se reconozcan a través de los instrumentos jurídicos políticos a las y los jóvenes como sujetas/os de derechos.

En el marco normativo de nuestro país se reconoce a las/los jóvenes como sujetas/os plenas/os de derechos, es decir que tiene los mismos derechos que todas las personas. El derecho a la salud de las y los jóvenes se encuentra reconocido en el Código Civil y Comercial y en distintas leyes nacionales mencionadas en el capítulo N°1, como la Ley 26061 de Protección Integral de niñas, niños y adolescentes, y la Ley 26529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

Las y los jóvenes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud posible y se debe garantizar su salud integral, esta noción de salud integral incluye el bienestar con respecto a lo físico, mental y social, así como también en relación al desarrollo educativo. Además, que la salud

como derecho está vinculada con otros derechos como la educación, el acceso a la información y a la participación y a todas aquellas circunstancias que garanticen el completo bienestar.

Estos derechos responden a una manera de abordar la sexualidad y la reproducción en el marco del PNSSyPR, que como mencionamos en el capítulo N°1, en sus puntos hace hincapié en el respeto por la autonomía de las juventudes en el caso de nuestra intervención, estableciendo los desafíos que plantean el acceso a los servicios de SSyNR en función de su determinación como un derecho humano fundamental.

Para que estos derechos se hagan realidad para las y los jóvenes, es necesario que las instituciones, en el caso de nuestra práctica el Centro de Salud y la institución educativa, deben garantizar los mismos en referencia a lo establecido en los objetivos del PNSSyPR que ya hemos descrito anteriormente.

Según el Código Civil y Comercial de La Nación (ley 26994 agosto 2015) en su artículo 26: ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales.

No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

Es a partir de los 14 años de edad las y los jóvenes pueden acceder solas/os a la consulta médica, en el caso que lo deseen pueden elegir el método anticonceptivo que mejor se adapte a su necesidad y creencia. Si son menores de 13 años de edad, se recomienda estar acompañadas/os de un adulto, pero siempre se debe considerar la salud de la o el joven, es decir, que se tiene que respetar sus decisiones y en ningún caso se le debe negar la atención esto hace referencia a lo que se denomina autonomía progresiva.

Ejercer la autonomía significa poder tomar decisiones propias sin intervenciones de otras/os. Es una de las habilidades que comienza a desarrollarse durante la niñez y continúa durante la juventud. Para que las y los jóvenes logren tomar estas decisiones, se les debe brindar información de forma completa, de tal manera que puedan comprenderla y tengan libertad para poder evaluar las opciones. Cuando se ofrece información de calidad, en forma accesible y se da la oportunidad para que hagan su elección se contribuye con su capacidad de asumir responsabilidades respecto a sus derechos.

Para finalizar este apartado, cuando hablamos de jóvenes como sujetas/os de derecho, también debemos considerar el derecho a la privacidad, que garantiza que solo las personas autorizadas por las y los jóvenes estén presentes en los espacios de atención o asesoramiento. En caso de ser necesario o requerido el acompañamiento se les debe preguntar si tienen alguna persona de confianza que pueda ser convocada. Este derecho está relacionado al derecho de mantener la confidencialidad sobre la información vinculada al estado de salud o cualquier otra situación que surja en estos espacios.

3.3 Las juventudes situadas: reflexión sobre el ejercicio de sus DDSyNR en el IPEM

A continuación, se realiza una descripción y reflexión sobre la realidad que viven las y los jóvenes que transitan el IPEM en cuanto al ejercicio de sus DDSyNR.

A lo largo de nuestra intervención logramos acercarnos a las y los jóvenes, sus grupos, sus expresiones, sus discursos, saberes, potencialidades y aprendizajes, lo que nos permitió identificar sus formas de pensar, de deconstruir y reconstruir sus relaciones con su mundo social. En el momento de nuestra inserción, recuperamos el trabajo realizado por las compañeras en los años

anteriores como punto de partida para realizar un diagnóstico sobre la información, el interés y el conocimiento que tenían las y los jóvenes en la temática.

Las actividades propuestas fueron talleres en el aula, jornada de testeo masivo, jornada recreativa, espacio de consultas individuales/grupales y espacio de la mesita, destinadas a los distintos cursos y en ambos turnos. El espacio de consejería propiamente dicho se destinó a todas/os las y los jóvenes que asistían al establecimiento educativo.

A lo largo del proceso de intervención a través de los talleres y encuentros - las/los jóvenes fueron manifestando distintas posturas en lo que respecta al reconocimiento de sus DDSyNR, lo que nos permitió identificar discursos y miradas sobre los mismos.

Podríamos decir como ya hemos mencionado anteriormente, que, por un lado, algunas/os jóvenes no reconocen a la salud sexual como un derecho, el modo de acceso lo ven obstaculizado por las ideas y mitos que tienen sobre la precariedad y la ineficacia de la salud pública; también, reconocen que -por el hecho de ser joven- existe una mirada adultocéntrica, que les imprime un mandato social que limita el ejercicio pleno y real de su sexualidad.

Damos cuenta de esto a partir de las voces de las y los jóvenes en algunas de sus expresiones: *“fui al centro de salud a buscar la pastilla del día después y me pidieron el DNI”, “me cambiaron de inyecciones a pastillas sin preguntarme si yo quería”, “los preservativos que te dan ahí son chomasos”, “necesitaba atenderme con la ginecóloga de urgencia y me dieron un turno re lejos”, “las pastillas e inyecciones que entregan en el centro de salud te embotan”, “los preservativos que te entregan en el centro de salud están pinchados”*²⁵.

²⁵ Notas de campo.

Por otra parte, se pudo visualizar cómo construyen sus vínculos afectivos- amorosos, ligados en muchos casos a una postura heteronormativa, de amor romántico, monogámica y patriarcal.

Para una mejor comprensión nos parece pertinente retomar algunas de las frases que expresaron en relación a esto: *“Cuando hablamos de la diferencia entre géneros en realidad tenemos los mismos derechos que los hombres”*; *“el hombre se aguanta los dolores, eso es mentira no vamos a ser menos hombres”*; *“El varón es quien debe comprar los preservativos, los hombres no piensan en llevarlo”*. *“Un hombre no está pendiente cuando lo va a hacer y cuando no. No piensas en lo que vas a hacer. Lo compra en el momento. La mujer también lo puede tener, pero lo compra el hombre para darle seguridad a la mujer”*; *“Yo decido cuándo sí, cuándo no y hasta qué momento y de qué manera”*; *“hacer el amor no es un sentimiento, lo mismo se va quedar con la calentura, no es que lo ama sino bueno es que le gusta ese chico. En cambio otras prefieren esperar a que sea el momento indicado”*; *“las mujeres piensan en ser madres y los hombres en sexo, es mentira la mujeres se prestan para la gilada, también buscamos el placer”*.²⁶

Estas fueron algunas de las frases que nos permitieron construir un análisis de sus miradas y representaciones en lo que respecta a su sexualidad.

Además, se identificaron distintos grados de interés, dependiendo del tema que se abordaba en el taller o en el espacio de consejería, algunos de ellos fueron ITS, roles y estereotipos de géneros, diversidad, MAC, entre otros.

Muchas/os jóvenes demostraban mayor o menor interés participando activamente, en ocasiones otras/os se mostraron desinteresadas/os por vergüenza o expresaban saberlo todo y no

²⁶ Todas estas frases de nota de campo.

necesitar de nadie que les brinde información. A su vez, algunas/os se mostraron abiertas/os a recibir, consultar, cuestionar la información brindada por parte del espacio de consejería.

Podemos decir que finalizando el proceso de intervención, las y los jóvenes con los que trabajamos, comenzaron a darle importancia a sus DDSyNR, reconociéndose como una población que está en plena etapa de construcción de su sexualidad y para ello, es necesario el acceso a información de calidad y a recursos materiales y simbólicos; además, se reconocen y las y los reconocemos como personas autónomas para tomar sus propias decisiones en lo que respecta al cuidado del cuerpo y su salud integral.

Es por eso, que creemos que la Escuela es un espacio fundamental, donde las y los jóvenes del IPEM pasan gran parte su cotidianidad, y es así que la misma, es un pilar esencial para la construcción de conocimientos y saberes críticos, para adquirir diversas herramientas que les permitan el ejercicio real de su ciudadanía.

En relación a lo anterior, compartimos lo que plantea Barrancos (2019) sobre la ciudadanía: Son determinantes para la condición social de las mujeres y cuerpos gestantes, tiene un impacto decisivo en su desarrollo personal, su calidad de vida y sus oportunidades para integrarse plenamente a la vida social y política de una sociedad y ejercer de esta manera una ciudadanía plena. (p. 15)

Por último, las y los jóvenes, reconocieron a nuestro espacio de consejería como necesario dentro de la institución educativa, y también existió un reconocimiento por parte de las/los mismas/os sobre la importancia de la ESI. Es así, que muchas/os lograron identificar esta Ley como herramienta y tema fundamental para su formación como ciudadanas/os.

La nueva mirada de las y los jóvenes en relación a la temática se fue deconstruyendo y reconstruyendo a lo largo del año, esto se logró gracias a los intercambios y debates en los distintos espacios que se abordaron tanto en el aula y en la Consejería.

CAPÍTULO 4

La construcción de la Estrategia de Intervención

4.1 Intervención en el Trabajo Social

Para comenzar este capítulo, es pertinente conceptualizar a la intervención social, para ello recuperamos los aportes De la O y Tello León (2010) quienes plantean que:

La construcción de la intervención social es compleja en cuanto está dirigida a responder a problemas, necesidades, requerimientos etc. de los sujetos sociales, y esta relación está enmarcada en las condiciones de un contexto y delineada y matizada por la historia, la cotidianeidad y las perspectivas del propio sujeto que la experimenta. Si se define de manera sencilla el término intervención social se podría decir que es un hacer dirigido a la atención de un problema, demanda y/o requerimiento de uno o varios sujetos sociales. (p. 27)

En este sentido, como hemos mencionado anteriormente, la intervención estuvo dirigida a las y los jóvenes que asisten al IPEM, con quienes trabajamos sobre las necesidades que se presentan en su vida cotidiana en cuanto a su SSyNR.

Cuando pensamos a la intervención profesional del Trabajo Social, debemos tener en cuenta al objeto de intervención, para definirlo tomamos el aporte de Aquín (1995) quien plantea que “el objeto de intervención de una profesión es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica” (p. 21).

Es por ello que definimos a nuestro objeto de intervención como *la promoción de los DDSyNR y el reconocimiento de una ciudadanía sexual de las y los jóvenes para el ejercicio de una sexualidad plena, segura y placentera.*

Para profundizar sobre el objeto de Trabajo Social, recuperamos a Fraser (1991) quien plantea que el mismo se construye a partir de los tres momentos fundantes de la política de necesidades, los cuales son:

La lucha por establecer o por negar el estatuto público de una necesidad dada, esto es, la lucha por validar la necesidad como un asunto de legítima preocupación política o por clasificarlo como un tema no político; la lucha por la interpretación de la necesidad, la lucha por poder definirla y así determinar con qué satisfacerla; si estos dos momentos de lucha (...) se resuelven favorablemente recién entonces nos encontramos frente al momento de la asignación de los recursos. (p. 23)

En este momento creemos necesario retomar nuevamente a Aquín (2007) quien plantea que la intervención profesional puede ser comprendida desde tres dimensiones:

Por un lado, una estrategia global como una finalidad que articula la intervención, en la que se integran una lectura del contexto, marco institucional, el objeto de intervención, los sujetos y los objetivos, por otro lado, como dispositivo, entendiendo que toda intervención es una irrupción en la realidad para producir un cambio, un quiebre, una modificación en los cursos de los hechos sociales, y por último, la construcción de lo viable, la articulación de lo posible que son las condiciones objetivas, contextos, demandas, disponibilidad para el trabajo colectivo y el cambio, y los deseable, horizonte a lo que queremos llegar. (p.1)

A partir de lo expuesto, comprendemos a la estrategia de intervención como la que permite definir un camino posible, flexible y en proceso, no es un esquema rígido, sino que guía nuestro accionar. Por lo tanto, es un conjunto teórico metodológico y político que opera como matriz orientadora en la intervención social y profesional.

En el proceso de intervención, definir y plantear la estrategia significa proyectar de forma adecuada a cada circunstancia una combinación particular de herramientas, cuya peculiaridad va a estar dada de manera específica, en el que se articulan los marcos teóricos, con los objetivos y procedimientos, con las características de los agentes, situaciones sociales de los mismos y las condiciones macro sociales.

Es así que la estrategia de intervención opera como un conjunto de prácticas sociales, políticas, profesionales, académicas, entre otras, dirigidas a resolver situaciones problemáticas de los agentes en la reproducción de su existencia. (Gaitán, 2016)

Es por esto que reconocemos, siguiendo a González, Nucci, Crosetto, Soldevila y Ortolanis (1999), la importancia de considerar, a lo largo de todo el proceso de intervención, las dimensiones que forman parte del mismo y que constituyen su integralidad: la dimensión material resolutive, que se refiere a la construcción, potenciación y/o transferencia de satisfactores acordes a la demanda; la dimensión organizacional, que implica la promoción de la inclusión de los sujetos en redes de relaciones sociales más amplias; y finalmente la dimensión educativa, que tiene que ver con poder desentrañar y problematizar las representaciones, saberes y prácticas sociales de las/los sujetos.

En este sentido el dispositivo de consejería representa una estrategia que opera como un conjunto de prácticas sociales, políticas, profesionales y académicas dirigidas a resolver situaciones problemáticas y necesidades de las y los jóvenes en la reproducción cotidiana de su existencia en cuanto a su SSyNR.

4.2 Análisis institucional en torno a la demanda

A continuación, para analizar la demanda, retomaremos los aportes de Rotondi, Fonseca y Verón (2011) quienes plantean que:

La vinculación de la profesión del Trabajo Social con las instituciones es un hecho histórico, y en esa relación se ha fundado el ejercicio profesional. Por cuanto, hacer explícita la demanda, identificar al o los sujetos que la formulan, caracterizar el escenario donde surge y evaluar la pertinencia, serán claves para decidir la oportunidad y las formas de dar las respuestas desde el Trabajo Social. (p. 147)

Es clave la demanda en las instituciones porque funda la intervención y habilita el ingreso a la institución; porque nos interpela acerca de nuestra posición y posicionamiento y además nos permite tomar las decisiones en el marco del ejercicio profesional definiendo el mismo.

Además, en las prácticas de intervención en instituciones se presenta una contradicción que se plantea el profesional respecto “de hacerse cargo del encargo que le plantea al profesional algún miembro o colectivo de la institución y/o dilucidar aquellos aspectos que involucran las necesidades colectivas de la institución que se traduce en demanda” (Rotondi, 2013, p.2).

En lo que respecta a la demanda, podemos decir que por parte de la institución educativa no existió una demanda explícita, pero sí un encargo de ampliación del trabajo ya realizado años anteriores. Se manifestó en forma de encargo la necesidad de que el espacio de consejería brinde y amplíe la información que poseen las y los jóvenes sobre la SSyNR, MAC, ITS, como principales temas.

Como equipo de trabajo, decidimos darle continuidad a los procesos que se venían realizando en la escuela desde el año 2016. En el primer acercamiento institucional, en una reunión con las directivas llegamos al acuerdo de continuar con el espacio de consejería, a través del

espacio físico de la mesita y también, el uso de horas cátedra para desarrollar talleres con las/ los jóvenes y docentes que quisieran participar. Acordamos asistir dos veces por semana a la institución, abarcar turno mañana y turno tarde, y lograr un acercamiento con las/los jóvenes que asistían al PIT.

Un encargo explícito por parte de las directivas fue realizar una jornada de testeo, ya que esta propuesta desarrollada en el 2017 tuvo repercusión positiva en la institución en general, como una actividad enriquecedora para la misma.

En cuanto al Centro de Salud, no existió una demanda explícita por parte del equipo, pero se decidió continuar fortaleciendo la articulación con la Escuela y el acercamiento de las y los jóvenes al Centro.

El primer acercamiento al Centro, lo realizamos en el año 2017, para participar de la devolución de las compañeras que estaban finalizando su práctica de intervención pre profesional en el espacio. Allí, pudimos recuperar los aspectos trabajados y aquellos que quedaban aún por realizar, acordando una continuidad del proceso durante el año 2018.

Logramos establecer un acuerdo con el Centro de Salud de participar en las reuniones de equipo (una vez por mes), como una instancia de debate y discusión, y puesta en común de todas las actividades que se realizaban en los espacios. Y también, continuar fortaleciendo la articulación que se estaba consolidando entre la Escuela y el Centro de Salud. En esta instancia las y los profesionales, se comprometieron a participar de algunas actividades en la institución educativa, llegar a un acuerdo con los turnos flexibles que podían brindar a las y los jóvenes, dimos inicio a la discusión de acceso y entrega de MAC desde el espacio de la mesita y las derivaciones que podíamos realizar cuando fuese necesario.

Se pudo reconocer en un principio, que, en el Centro de Salud, las y los profesionales se mostraron predispuestas/os a acompañar y trabajar en conjunto con nosotras. Sin embargo, fue otra la actitud que mostraron a lo largo del proceso, esto lo vimos reflejado, cuando en las reuniones se traía a colación inquietudes o dudas sobre la intervención del equipo de salud, en cuanto al reconocimiento de las normativas, el uso de técnicas y el trabajo comunitario como parte fundamental de su intervención.

En este sentido, logramos percibir que nuestra presencia y cuestionamientos, generaban tensiones al interior del equipo, lo que hizo surgir una discusión al interior del mismo en cómo estaban desarrollando su labor en materia de SSyNR particularmente con las y los jóvenes.

En lo que respecta a la institución educativa, podemos decir como mencionamos anteriormente, que en un principio brindaron una apertura a la realización de nuestra práctica, con un compromiso de acompañar y participar en dicho proceso.

Sin embargo, a partir del debate en el año 2018 con respecto a al proyecto de ILE y a los cuestionamientos en torno a la ESI (lo cual se ha hecho mención en el capítulo N°2), este contexto atravesó a todas las instituciones y en particular al IPEM, generando una tensión entre algunas/os actores de la institución educativa con la propuesta de la Consejería.

Estas discusiones generaron un movimiento institucional, lo cual tuvo impacto en el desarrollo de la demanda. Logramos trabajar sobre lo que se había acordado, pero en el transcurso del año tuvimos que redefinir las actividades y temas a abordar, como, por ejemplo, sobre ILE se pudo trabajar en el espacio de la mesita para las y los jóvenes que estaban interesadas/os en el tema, no obstante, no nos permitieron hacer el taller sobre esta temática, como lo habían sugerido y demandado las y los jóvenes de los cursos más altos.

4.3 Acerca de la estrategia de intervención

4.3.1 Dimensión Ética- Política

En todo proceso de intervención debemos ubicarnos desde un posicionamiento ético-político, instrumental y teórico-metodológico para poder justificar nuestro accionar. Para comprender lo que estamos diciendo recuperamos el aporte de Banks (1997), quien afirma que en “la mayoría de las decisiones en el trabajo social implican una interacción compleja de aspectos éticos, políticos, técnicos y legales todos interconectados. Nuestros principios éticos o valores determinan nuestra interpretación de la ley” (p.25).

Nuestro accionar estuvo orientado por una posición ética y política, en el marco de una perspectiva de derechos y de género. El sustento de nuestra intervención estuvo fundamentado por la ESI y el PNSSyPR, lo cual nos permitió el desarrollo de la CSSyNR en el marco de la institución educativa, destinada a las y los jóvenes de la misma en articulación con el Centro de Salud.

Desde la intervención del Trabajo social, intervenimos sobre situaciones en las cuales diferentes sujetas/os se encuentran implicadas/os, y nuestras decisiones como profesionales muchas veces tienen incidencia en sus vidas cotidianas.

En este sentido, creemos fundamental pensar dentro de esta dimensión ética, a la categoría de poder, entendiendo a la misma como la capacidad de manejo de recursos, información o intereses en manos de personas grupos o instituciones.

Cuando hablamos de poder, es pertinente retomar a Testa (1989) quien propone tres tipos:

- Técnico: es la capacidad de generar, acceder, manejar información de distintas características

- Administrativo: es la capacidad de apropiarse y asignar recursos

- Político: es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses.

Cuando pensamos en la dimensión ética, es necesario indagar y caracterizar cómo se dan estas relaciones en los espacios concretos de intervención, entre pares, con las estructuras de los respectivos sistemas (educativo y de salud) y a partir de aquí reconocer los posicionamientos que asumen cada uno de las/los sujetas/os con respecto a la problemática a abordar.

4.3.2 Dimensión Técnica- Instrumental

Cuando hablamos de la dimensión técnica-instrumental hacemos referencia a una diversidad de instrumentos denominadas “técnicas” al momento de aplicarlas, pero estas no pueden ser consideradas por fuera de la totalidad que conforma con las otras dimensiones. (Peralta, 2012)

Al momento de intervenir debemos reconocer la realidad, los medios y los modos de su utilización, la práctica acumulada en forma de teoría, lo cual contribuye al establecimiento y a finalidades o anticipar los resultados que pretendemos abordar. (Guerra, 2007)

Es por ello, que es importante remarcar el aspecto técnico a la hora de intervenir sobre la SSyNR de las y los jóvenes, donde como equipo de intervención tuvimos que realizar capacitaciones previas en relación al dispositivo de Consejería, para poder brindar la información y acompañamiento en todo lo referido a la sexualidad, esto es algo continuo en la intervención, debido a las diversas demandas que fueron surgiendo a lo largo de todo el proceso.

Algunos de los instrumentos y técnicas que recuperamos para el proceso de intervención fueron: capacitación técnica para poder realizar test rápidos (VIH y sífilis), manejo de los criterios de elegibilidad de MAC propuestos por la OMS, apropiación de información científica de ITS y

MAC, capacitaciones en relación al acompañamiento en violencia de género, desarrollo de técnicas lúdicas, recreativas y de trabajo en grupos para los talleres y jornadas.

Al momento de intervenir es fundamental recuperar la dimensión técnica-instrumental en el abordaje del Dispositivo de Consejería como hemos mencionado en el capítulo N° 1, quienes brindan el espacio, deben tener una instancia de capacitación previa en los diferentes temas que se han nombrado, para así brindar información clara, científica y veraz.

4.3.3 Dimensión Metodológica

Para comprender nuestra propuesta metodológica, es pertinente retomar a Kisnerman (1998) quien conceptualiza al método como:

Una guía para iniciar un camino, una serie de procesos, que se seguirán para construir un objeto y las transformaciones necesarias. Es un conjunto de momentos interconectados e interdependientes entre sí, en una sucesión sistemática de cambios en una dirección dada, cada uno de los cuales constituye un proceso de aproximaciones sucesivas, que nos permite ir avanzando en la construcción del objeto. Esa construcción será el producto de la experiencia significada y acumulada por todos los actores participantes en el desarrollo histórico de ese proceso. Por lo tanto, el método, más que un camino, es un procedimiento para hacerlo viable. (p. 147)

Pensando en nuestra intervención, adherimos a lo que el autor plantea cuando hace referencia a la idea de:

Deconstruir, construir, reconstruir son así procesos coexistentes, sin que ninguno tenga una posición dominante con respecto al otro. (...) usar el concepto de deconstruir, dado que 'de' tiene el sentido denotativo de determinar de qué está hecho algo, de demostrar sus contenidos. El momento de deconstruir es el de determinar cómo se ha ido construyendo

la situación problema y también qué preconceptos, representaciones, prejuicios, supuestos están operando como barreras u obstáculos para intentar, desde la situación construida, reconstruir mediante nuevas prácticas una situación superadora. (Kisnerman 1998 p. 148)

En este sentido como plantea el autor, para iniciar el camino que nos permita a construir deconstruir y reconstruir la situación de la SSyNR de las y los jóvenes, una de las primeras acciones fue reconocer la mirada que tienen algunas/os profesionales que trabajan en el Centro de Salud sobre las y los jóvenes.

La posición por parte de algunas/os profesionales que obstaculizan o restringen el acceso al servicio de salud, la podemos enmarcar desde una postura adultocéntrica, donde las y los jóvenes no son consideradas/os como sujetas/os sexuales, que ejercen su sexualidad de diversas maneras, la atención sólo recae muchas veces en la anticoncepción y el cuidado para prevenir infecciones. Esto lo recuperamos a partir de las distintas reuniones que realizamos con las/los profesionales del Centro, quienes han expresado dudas en relación a la entrega de MAC a jóvenes menores de edad y sin acompañamiento, dar por sentado la orientación sexual al momento de la consulta como heterosexual a todas las personas.²⁷

Esta posición la intentamos problematizar en las reuniones con el equipo de salud, poniendo énfasis en nuestra posición de género y derechos hacia las juventudes; también con la propuesta de las actividades que realizamos en conjunto, como las dos jornadas de testeo y la participación de algunas/os profesionales del Centro de Salud en el taller de ITS (lo que desarrollaremos en apartados posteriores).

En cuanto a las acciones que realizamos con las y los jóvenes fueron diferentes a lo largo de la intervención. Construimos y reconstruimos en conjunto con las y los mismas/os los

²⁷ Notas de campo, reunión mensual en el Centro de Salud.

conocimientos que teníamos sobre la sexualidad, los significados y maneras diversas de ver y ejercer la misma. Esta propuesta la realizamos en los distintos talleres, en el espacio de la mesita, en las consultas individuales/grupales y las jornadas que desarrollamos.

Es necesario conceptualizar al método como un instrumento que “utiliza técnicas y procedimientos para operar en una realidad concreta. Las técnicas son instrumentos de trabajo que interponemos entre nosotros y esa realidad para construir el objeto y transformarlo” (Kisnerman, 1998, p. 48).

De este modo, los procedimientos son conjuntos de acciones ordenadas, que nos permiten la consecución de un objetivo, y es en esa realidad donde incidimos la que va a determinar el uso de técnicas y procedimientos determinados.

En relación a lo planteado, las técnicas que utilizamos en nuestra intervención fueron las siguientes: observación participante y reconocimiento del territorio, entrevistas informales, recopilación de datos mediante el buzón anónimo, consejerías individuales/grupales, encuentros periódicos de discusión, técnicas comunicacionales y de difusión.

Para finalizar este apartado, nos parece importante reconocer la dimensión metodológica de nuestra intervención, ya que la misma nos permite deconstruir, reconstruir para construir y así poder transformar la realidad en la cual intervenimos.

4.4 El desarrollo de la estrategia de nuestra intervención

Para comenzar, es necesario recuperar la noción de estrategia que plantea Rotondi (2008), “que implica en primera instancia elaborar un mapa que involucra la idea de construcción. Construcción que se juega en el marco de un contexto social, histórico y cultural que conlleva considerar, además una trama de actores, donde las condiciones socio históricas, la idea de cambio y los intereses de los actores juegan y operan para esa construcción” (p. 398).

Proponemos una construcción conceptual, recuperando dos tipos de estrategias que nos brinda Gaitán (2016): en primer lugar, la estrategia de intervención educativa, la cual aborda saberes y representaciones sociales, que busca inaugurar espacios para la reflexión, la discusión y de formas alternativas de comprender la realidad. Las estrategias de intervención de formación /capacitación buscan identificar y sacar a la luz las diversas miradas acerca de un tema/problema a abordar, a fin de analizar estas visiones y sus anclajes sociales e históricos.

En segundo lugar, se plantea la estrategia de intervención en red, la cual se refiere a la articulación de diferentes niveles de responsabilidad para llevar adelante diversas tareas en una cierta relación de intercambio.

Por último, en relación a los tipos de estrategias, construimos una tercera categoría que denominamos como estrategia de promoción y prevención, destinada a la promoción de la SSyNR de las y los jóvenes que contemple la prevención de ITS, el acceso a MAC, entrega de preservativos, realización de test rápidos de VIH/sífilis y el cuidado del cuerpo, para una vida sexual placentera y segura.

A lo largo del presente apartado, desarrollaremos estas categorías conceptuales que guiaron nuestro accionar en la intervención.

En un principio nos planteamos como objetivo general: generar acceso y reconocimiento a los DDSyNR por parte de las y los jóvenes del IPEM. Para alcanzar éste objetivo, nos propusimos una serie de objetivos específicos:

- Institucionalizar el espacio de consejería dentro del IPEM.
- Promover la autonomía de las y los jóvenes para decidir y ejercer su sexualidad.
- Generar actividades en conjunto con el Centro de Salud y la Escuela.

- Brindar información, recursos e insumos (folletos, cartillas, volantes y MAC) a las y los jóvenes.

Para lograr estos objetivos, construimos una serie de líneas de acción:

Gestión De Recursos

Por un lado, solicitamos recursos e insumos como folletos, cartillas, volantes y afiches al Programa Provincial de VIH/SIDA, PNSSyPR y a Católicas por el Derecho a Decidir. También, recuperamos los materiales didácticos que utilizaron las compañeras los años anteriores. Por otra parte, gestionamos desde el Centro de Salud N° 68 del barrio Cárcano, insumos en relación a los MAC: pastillas anticonceptivas orales, anticonceptivos de emergencia y preservativos.

Talleres Áulicos

Luego del taller diagnóstico, pudimos receptar diferentes intereses, dudas e inquietudes de las y los jóvenes para abordar distintas temáticas como: derechos sexuales y género, ITS y MAC, roles y estereotipos de género e ILE. Los talleres áulicos se realizaron con las/los jóvenes que cursaban el 4°, 5° año y el PIT, de ambos turnos.

La Mesita

Durante toda la intervención, se estableció un espacio que las y los jóvenes denominaron como la mesita, que funcionaba dos días por semana, abarcando los dos turnos con una extensión horaria de 5 horas por cada día. Allí se desarrollaban consejerías individuales/grupales, consultas y corroboración de información, se distribuía MAC y preservativos, instalamos un buzón de consultas anónimas para quienes no se animaban a preguntar en público, y también como herramienta de difusión se creó una cuenta de Instagram “Consejería IPPEM N°124” donde se subían fotos, información, avisos entre otros. Además, este espacio contaba con una agenda en donde registramos nombres y teléfonos de las usuarias de MAC para poder tener un seguimiento,

también esto nos permitía comunicarnos con las jóvenes que necesitaban o querían atenderse en el Centro de Salud.

Jornadas De Testeo

Realizamos dos jornadas de testeo, siguiendo el encargo por parte de la institución educativa y también como una idea de equipo de tesis para acercar el Centro de Salud a la Escuela.

La primera jornada “*Mejor Saber*” fue propuesta por el equipo de tesis en conjunto con el equipo del Centro Salud, pautando trasladar el día de testeo que realizan una vez por mes en el mismo, hacia la Escuela.

Se realizó en el mes de junio, trabajamos en una primera instancia un momento de difusión previa a la misma, donde nos acercamos a todos los cursos para informar: por un lado, la propuesta del espacio de la consejería, y por otro, explicar en qué consistía el test, en este caso realizamos los tests rápidos de VIH/Sida y sífilis, y también la extracción de sangre que se llevaba a analizar al Laboratorio Central, en ambos casos explicamos por qué hacerse el test y profundizamos de que se tratan las ITS y cómo se previenen.

En la jornada de testeo, realizamos consejerías pre y post testeo, distribución de folletos y MAC, también recepción y dilucidación de dudas.

La segunda jornada “*Mi Cuerpo es una Fiesta*”, la enmarcamos en una propuesta lúdica por el día de la primavera y de las y los estudiantes. Realizamos juegos, los cuales estaban adaptados para trabajar distintos temas: violencia en el noviazgo, deconstrucción del amor romántico, cuidado del cuerpo, MAC/ITS, mitos y creencia de la sexualidad. Además, se llevó a cabo una *radio abierta*, donde quien quería, podía participar leyendo poesía, cantando/rapeando, expresar lo que estaban sintiendo en ese momento y musicalizando el espacio.

Como cierre de esta jornada, realizamos en conjunto con las y los jóvenes y todas las personas que participaron de la misma un grafiti con la consigna “¿Qué pensas de tu cuerpo?”, quien quería podía escribir lo que sentía sobre esa pregunta.

Trabajo En Red

Durante toda la intervención se trabajó de manera articulada con el Centro de Salud del barrio, desde donde enmarcamos la intervención, a su vez, estuvimos en permanente diálogo con el Centro de Salud N°68 de barrio Cárcano, particularmente con José Mántaras quien no solo era nuestro orientador temático en el proceso, sino que también era un referente e interlocutor en el territorio.

Para la realización de los testeos, trabajamos en conjunto con:

- Los centros de salud N°47 y 68 de la zona.
- El Laboratorio Central (quienes se encargan de realizar los testeos en conjunto con los Centros de Salud).
- Grupo de Mujeres del Barrio El Quebracho
- Hospital Florencio Díaz, a través del Programa Adolescentes y Sexualidad.
- Compañeras que estaban trabajando la temática en el IPEM N°12 Anexo Socavones.
- Consejería de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC.

Estos actores, al momento de pensar las jornadas, formaron parte de la planificación y luego, la puesta en marcha de la propuesta. Reconocemos al trabajo en red, como una forma de hacer, que consiste en ir tejiendo relaciones, aprendizajes, avanzando en conjunto, para así construir un espacio común, abierto y diverso, y al mismo tiempo, es una puerta de entrada a nuevas iniciativas.

Al finalizar nuestro proceso de intervención, realizamos un cierre desde el espacio de la mesita con las y los jóvenes, donde invitamos a acercarse a la misma, con una propuesta lúdica para compartir sensaciones, sentimientos, deseos, críticas, aportes y sugerencias del trabajo que habíamos realizado junto con ellas/ellos durante todo el año.

Además, en un encuentro formal, pautado con la Directora, nuestra profesora de intervención pre-profesional, nuestro orientador temático y referente, y nuestra referente institucional, la trabajadora social del Centro de Salud N°47, realizamos un cierre y una devolución a la institución.

En el cierre se presentó en un primer momento, los ejes centrales de nuestra intervención a lo largo del año:

- La propuesta de intervención consistió en **continuar con el espacio de consejería en el IPEM** (que venía funcionando desde el año 2016 con otros grupos de prácticas pre profesionales), articulando con el Centro de Salud N° 47.
- La concepción de juventud desde la mirada social, cultural y antropológica, en este caso desde la mirada de **las juventudes**.
- **Las y los jóvenes como sujetas/os de derechos**, con poder de decisión y derecho a decidir, y así poder elegir cómo ejercer y desarrollar su salud sexual en esta etapa de la vida.
- La **CSSyNR** como un dispositivo que: “contribuye a mejorar el acceso universal y gratuito, la igualdad de oportunidades, la calidad de la atención, la redistribución de los recursos materiales y simbólicos; es un espacio y una oportunidad para que el Estado, en sus diferentes instancias, garantice los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas” (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

- **Intervención pre-profesional desde una perspectiva de derecho y de género:** construyendo una estrategia de intervención, que nos permitió llevar adelante acciones y actividades en conjunto con las y los jóvenes que asisten al IPEM, creamos espacios dentro de la Escuela para ampliar las propuestas en relación a la educación sexual, ampliar el acceso al centro de salud de todas/os y resolver casos concretos cuando nos consultaban.

En el segundo momento se hizo una descripción de las actividades realizadas y planteadas en las líneas de acción

Espacio de la mesita: el espacio funcionó los días martes y jueves de 10.30 hs. a 15.30 hs., hasta el mes de septiembre, luego se redujo y modificaron los días. Estaba destinado para todas/os las/los jóvenes del IPEM. Quien tenía dudas, preguntas/inquietudes podía acercarse y tener una conversación o consulta individual o grupal, teniendo la posibilidad de hacerlo en un aula para que sea un espacio privado y confidencial.

Las principales consultas realizadas fueron sobre los siguientes temas:

Anticonceptivos: cuáles eran los distintos MAC a los que podían tener acceso, dónde e información específica en cuanto su uso. Se realizó entrega de pastillas anticonceptivas y pastillas de emergencia. Durante todo el año se entregó preservativos, también hubo consultas por algunos mitos sobre MAC.

Infecciones de transmisión sexual: consultas específicas sobre cuáles eran sus síntomas, que debían hacer en el caso de tener alguno de ellos, a quién y dónde consultar. En estos casos, se realizó un seguimiento de las y los jóvenes que hicieron las consultas.

Acceso al sistema de salud: a qué edad se puede acceder a una consulta en el Centro de Salud, se debe estar acompañado por un mayor o no hace falta, quién tiene que retirar los MAC si

soy menor, si me quiero realizar un test cuándo lo puedo hacer, tengo que sacar turno con la ginecóloga por dudas sobre mi cuerpo, entre otras consultas.

Momento de debate: se acercaron las/los jóvenes para conversar sobre el proyecto de ILE y sobre la práctica en nuestra sociedad. Toda la información que se brindó fue desde una perspectiva de derechos, desde la posición de la OMS para garantizar el acceso a la salud de todas las mujeres y personas gestantes.

Total de consultas: 30 consultas durante todo el año, principalmente consultas en relación a los MAC y por parte de las jóvenes. También se entregó MAC, preservativos y AHE.

Talleres áulicos: estuvieron dirigidos a las /los jóvenes de 4º, 5º y PIT de ambos turnos. Se realizaron dos líneas temáticas principalmente:

El primer taller se trató sobre *Géneros, roles y diversidad*. Fue un taller de apertura para presentar el espacio y lograr identificar cuáles eran los temas de interés de las/los jóvenes. El tema de mayor interés fue Aborto, MAC, ITS.

El segundo taller fue de *MAC e ITS*, este taller lo realizamos dirigido a las y los jóvenes del PIT y en conjunto con la trabajadora social y la ginecóloga del Centro de Salud. Además, estuvieron presentes y participaron todas/os /las/los coordinadoras/es del PIT y las docentes quienes cedieron sus horas, y participaron activamente del taller.

Este mismo taller, se trabajó con 4º “A” turno mañana y 5º turno mañana; con los cursos de la tarde no pudimos concretar los talleres por no coincidir con ningún docente para que nos ceda sus horas cátedras, porque justo estábamos en semana de cierre de evaluaciones y cierre de trimestre.

Evaluación en torno a los talleres: logramos identificar interés por parte de las/los jóvenes por los temas relacionados al ejercicio de sus DDSyNR, a acceder a información sobre

uso de los MAC e ITS, hablar de la sexualidad desde el placer y el deseo, poder debatir y hablar de estos temas en el espacio del aula, junto a sus pares.

Jornadas: en primer lugar, se desarrolló la jornada de testeo masivo *“Mejor Saber”*, participaron el equipo del Centro de Salud N° 47, el Centro de Salud N°68, el Laboratorio Central, las consejerías de Socavones y de la FCS de la UNC. Se realizó el 13 de junio, se hizo una sensibilización previa, pasamos por las aulas informando sobre la importancia de realizarse el Test y en qué consistía el mismo (test rápido y extracción). Cada persona que se testeó tuvo una consejería pre y post testeo. Los resultados se entregaron 15 días posteriores en conjunto con el médico generalista y la trabajadora social del Centro de Salud N° 47. En total se realizaron 32 test rápidos y 57 extracciones.

Por el mes de septiembre, se realizó la jornada *“Mi cuerpo es una fiesta”*, dirigida a 4°,5°, 6° y el PIT de ambos turnos. Esta actividad se planificó en conjunto con el Grupo de Mujeres del Barrio El Quebracho, quienes trabajan desde un proyecto comunitario municipal de radio abierta, con un equipo extensionista de la Facultad de Psicología de la UNC y la médica del Programa de Adolescentes. Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Florencio Díaz, y la Consejería de la FCS de la UNC. Las actividades fueron pensadas desde una propuesta lúdica, con diferentes juegos en relación a la temática del ejercicio de los DDSyNR, un espacio de radio abierta y una posta en donde se realizaron testeos rápidos de VIH/Sida y sífilis para la/el que lo deseara.

Evaluación de las jornadas: Fueron jornadas que resultaron productivas, donde las actividades planteadas se pudieron desarrollar. En las actividades se dio la apertura a otros temas como embarazo adolescente, consentimiento, distintos tipos de violencia y mitos sobre MAC. Además, la posibilidad de que muchas/os puedan repetir como práctica saludable o realizarse por primera vez el test. Se logró por parte de las/los jóvenes ponerse en situaciones hipotéticas (juegos

de roles) ante vulneraciones de ciertos derechos en la vida cotidiana como, por ejemplo: cómo actuar frente a una situación de violencia de una pareja en la vía pública.

Acompañamiento: frente a situaciones de demandas concretas se acompañó a las jóvenes a acercarse al Centro de Salud, se trató de dar contención emocional y un seguimiento frente a las situaciones de malestar y conflictos que atravesaron algunas. Estos seguimientos se realizaron mediante mensajes de WhatsApp, llamadas telefónicas o pactando un encuentro en el espacio de la consejería.

Como equipo de trabajo consideramos que logramos desarrollar de manera efectiva todas las actividades propuestas durante todo el año. Reconocemos la importancia del trabajo en red, el trabajo en equipo, la modalidad taller para trabajar dentro de las aulas, las consejerías colectivas, recuperar lo lúdico en las aulas y en las jornadas, plantear una buena relación comunicativa, ello nos permitió la institucionalización de la Consejería en la Escuela, y además el reconocimiento del equipo de intervención, así también el reconocimiento y legitimación de la temática.

4.5 Evaluación final de proceso y sugerencias

Como hemos mencionado en reiteradas ocasiones, al principio del proceso de intervención existió una apertura por parte de la Escuela para poder desarrollar el espacio de consejería con las y los jóvenes del IPEM. Hubo cierto interés por algunas/os docentes para pensar propuestas en conjunto, para brindarnos sus horas y poder trabajar distintos temas sobre SSyNR.

Por parte de las y los jóvenes desde el principio hasta el final del proceso se mostraron interesadas/os en la propuesta como ya hemos dicho anteriormente, ello varió en los distintos cursos, pero siempre resultó de manera provechosa a las respuestas frente a las actividades propuestas a lo largo del proceso de intervención.

En el caso del PIT, a lo largo del año, se fue construyendo un vínculo con las y los jóvenes y con las/los coordinadoras/es de curso, también con algunas/os docentes, quienes manifestaron en un momento preocupación por la falta de información y vulnerabilidad de las y los jóvenes frente a lo que respecta a sus SSyNR.

En lo que respecta a las y los docentes, nos resultó dificultoso concretar algunas actividades, pero si rescatamos la predisposición y preocupación por parte de dos docentes, quiénes participaron de manera activa en varios talleres, problematizando los temas en cuestión. Una docente, quien no sólo abordaba temas de la currícula de su materia, sino también identificó distintas demandas por parte de las y los jóvenes y nos propuso trabajar sobre temas específicos. Y frente a la duda en como brindar información se acercó siempre al espacio de la mesita.

Por otro lado, reconocemos que hubo resistencia en algunos momentos para brindarnos espacio y tiempo para poder realizar los talleres con temas como en lo referido a la ILE. Interpretamos que esta postura se manifiesta a raíz del debate instaurado en la agenda pública sobre la ILE y la problematización de la ESI como ya hemos mencionado. Consideramos fundamental como sugerencia que se replantee la transversalidad de la ESI, como eje vertebral de la educación y formación de las y los jóvenes.

En tanto, que la ESI es un espacio sistemático de enseñanza- aprendizaje que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables y críticas en relación con los derechos de las y los jóvenes al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, la información y la sexualidad.

La ESI en la Escuela requiere ser trabajada primordialmente desde una transversalidad, atendiendo a las inquietudes e intereses propios de la edad de las y los jóvenes, y posibilitando así la participación activa. La comprensión e interpretación de los problemas que se presentan al

interior de la Escuela relacionados con la sexualidad, requieren de actitudes críticas, flexibles y creativas.

Consideramos necesario por parte de las y los docentes y profesionales de la salud el fortalecimiento de los procesos de construcción de autonomía, que posibilitan el respeto por la diversidad de identidades sin prejuicios derivados de la orientación sexual, la identidad de género, la apariencia física, las diferencias étnicas, culturales, entre otros aspectos que construyen la sexualidad de las y los jóvenes.

Para finalizar, es pertinente reconocer la importancia del trabajo en red en todo proceso de intervención. Lo que nos permitió potenciar nuestra propuesta, generando nuevas acciones e intercambios enriquecedores no solo para el desarrollo de la intervención, sino también nos interpela en nuestro quehacer como futuras profesionales.

En este sentido, es necesario que la institución educativa y de salud puedan tejer relaciones, intercambios, articulaciones, experiencias y aprendizajes hasta constituir un espacio en común, abierto y diversificado, en el que se puedan ir sumando nuevas iniciativas y propuestas, entendemos que este es el camino para aportar al bienestar de las y los jóvenes.

Otro aspecto a resaltar, es la importancia de recuperar las intervenciones previas en las instituciones, en nuestro caso, las diferentes propuestas de Consejería que se habían desarrollado en la Escuela. Esto construyó las bases para nuestro futuro accionar y nos permitió pensar en la intervención no en el vacío sino situada en un contexto y una trayectoria. En concordancia con la continuidad de los procesos, logramos en conjunto con nuestra profesora de intervención y la referente institucional, acordar con la directora trabajar en conjunto la transversalidad de la ESI en la primera jornada de Proyecto Educativo Institucional del próximo año.

Reflexiones finales

Al momento de intervenir nos debemos plantear los interrogantes ¿para qué?, ¿sobre qué? y ¿con quiénes? Esto nos permite establecer el horizonte de nuestra intervención. Desde estos cuestionamientos, debemos pensar en el Trabajo Social, la necesidad de desarrollar una *intervención fundada*, la cual implica siguiendo a Torcigliani (1997) “desarrollar articulaciones cada vez más estrechas y congruentes entre las dimensiones teóricas, metodológicas e instrumentales, contenidas en el ejercicio profesional, en el que la clave de articulación la construye la direccionalidad ético-política emancipadora como horizonte de formación profesional” (p.97).

En la Ley Federal del Trabajo Social N°27072, en su artículo 4° plantea al ejercicio profesional como (...) la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social (...). De esta manera debemos plantear el ejercicio profesional.

Además, como equipo de intervención pensamos y nos posicionamos como profesionales desde una perspectiva de género y feminista. Para fundamentar este posicionamiento, recuperamos a Calp (2018) quien propone:

En primera instancia que el feminismo, como movimiento político y social, ha desarrollado a lo largo de los años una manera diferente de leer el mundo social y las relaciones interpersonales, basado en la igualdad y la libertad, y la reivindicación de derechos, por lo que en nuestro contexto de violencia patriarcal resulta urgente empaparnos de estas teorías

para pensar nuestras intervenciones. En segundo lugar, hay que considerar que los objetivos del Trabajo Social han sido orientados por la construcción de una sociedad más justa, igualitaria, en la que todos los sujetos puedan gozar de sus Derechos, por ello el Trabajo Social se ha orientado a la eliminación de las desigualdades y la construcción de ciudadanía. (p.206)

Para seguir pensando en la intervención del Trabajo Social en clave feminista, es necesario construir solidaridad entre mujeres, porque no todas tienen la misma posibilidad de elegir, es decir, en donde hay un límite, se pueda forjar un lazo, el cual nos ayude a sortear ciertas situaciones, con el apoyo de otras mujeres, hacer un pacto entre mujeres. Por ello, nos parece importante rescatar como un eje principal de nuestras intervenciones, al igual que Lagarde (2011) el concepto de sororidad:

Es una dimensión ética, política y práctica del feminismo contemporáneo. Es una experiencia de las mujeres que condice a la búsqueda de relaciones positivas y a la alianza existencial y política, cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad con otras mujeres, para contribuir con acciones específicas a la eliminación social de todas las formas de opresión y al apoyo mutuo para lograr el poderío genérico de todas y al empoderamiento vital de cada mujer. (p.126)

Otro aspecto importante, en la intervención es plantearnos la búsqueda de autonomía, es decir, cómo nos posicionamos como profesionales. Para comprender esta postura recuperamos a Castoriadis (s/f), quien plantea que para la búsqueda de autonomía es el proceso de instalación de una subjetividad reflexiva que nos permite actuar en el escenario de intervención. En otras palabras, coincidimos con Peralta (2012) cuando plantea que desde nuestro posicionamiento

estamos en permanente búsqueda de autonomía del campo de nuestra profesión y esto con la base teórico- conceptual y la capacidad de hacer uso del mismo como una herramienta, es lo que nos permita leer la realidad en toda su complejidad y así fundamentar la intervención.

Reflexionando en torno a esta noción de autonomía, podemos decir que nos permite desarrollar la capacidad de tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas, a su vez esta postura está ligada a la relación de poder que se presenta en toda intervención. De esta manera, esta autonomía nos posibilita problematizar la realidad que se nos presenta, a partir de nuestro marco teórico y conceptual, buscar cuales son las mejores alternativas y valorar las consecuencias de cada una, y finalmente elegir la mejor posibilidad para aplicar y evaluar si las consecuencias fueron satisfactorias.

Además, nos permite concretar el trabajo en red tejiendo relaciones entre la institución educativa y de salud como lo fue en nuestra intervención. Esto permitió dar respuestas de manera multidimensional, uniendo a profesionales de distintas disciplinas, como así también comprometiendo a sujetas/os de la comunidad. Lo cual posibilitó mejorar algunas de las condiciones en la vida cotidiana de las y los jóvenes con quienes trabajamos en torno a su ciudadanía sexual.

Entonces, creemos necesario pensar un Trabajo Social que apunte hacia la deconstrucción de la heteronorma, ello implica apostar a una profesión que luche por los derechos de todas y todos. En otras palabras, una profesión que intente romper con normas, con jerarquías de valores que excluyen y que reproducen violencias. De esta manera, en palabras de Calp (2018) “nos acercaríamos a una profesión lo suficientemente amplia como para integrar todas las formas de vivir y sentir de los sujetos” (p.213).

En relación a esto, como lo planteamos en el capítulo N°4, cuando trabajamos sobre SSyNR debemos romper con los prejuicios previos en relación a la orientación sexual, a las parejas sexuales, es decir, no dar por sentado la heterosexualidad. En la intervención de Consejería, esto construye las bases para entablar una relación de confianza con las y los jóvenes, para dar lugar a un espacio de diálogo y aprendizaje mutuo, lo cual permite a las y los sujetas/os tomar decisiones autónomas.

Por parte de las y los jóvenes debemos destacar el reconocimiento del espacio de Consejería como un dispositivo necesario dentro de la Escuela y también la importancia de la ESI, ya que muchas/os lograron identificar a la misma como herramienta y tema fundamental para su formación como ciudadanas/os. Es por ello, que consideramos que la ESI se debe construir como un espacio sistemático de enseñanza- aprendizaje mutuo, que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables.

Cuando trabajamos con juventudes, es importante reconocer que toda consulta en relación a la SSyNR debe ser considerada como una consulta de urgencia, ya que la falta de respuesta a tiempo puede implicar una situación de gravedad para la o el joven que consulta. Además, debemos tener en cuenta que siempre se debe responder y abordar el tema o situación que se plantea en la consulta, sin condicionar la toma de decisiones, ni apurar los tiempos que cada persona necesite para decidir. Esto lo consideramos como un elemento fundamental cuando se trabaja con juventudes en espacios de CSSyNR.

Como futuras profesionales nos parece necesario cuestionar la posición de “saber/poder” para dialogar con las subjetividades de las y los jóvenes y obtener nuevos conocimientos a través de la experiencia, tanto de nosotras como ellas/ellos con quienes trabajamos. Durante todo el

proceso de intervención, establecemos una mirada hacia las juventudes como sujetas/os de derechos, como productoras/es y constructoras/os de su propia realidad, debemos revalorizar su palabra y su participación para potenciar en conjunto el sentido de pertenencia en el espacio público, como lo son la Escuela y el Centro de Salud.

Asimismo, entendemos que las políticas públicas para las y los jóvenes deben articularse, equilibradamente, con iniciativas programáticas relacionadas con el mejoramiento de las condiciones de vida y acceso a todos los servicios, en nuestro caso a la SSyNR y la educación integral, centradas en la participación activa y protagónica de las juventudes en todas las esferas de la sociedad. Para ejercer una ciudadanía plena se requiere de herramientas que les permita potenciar las cualidades propias de las juventudes, además reconocer las necesidades que surgen y transformarlas en satisfactores para sus proyectos de vida.

Cuando hablamos de derecho a la salud, debemos reconocer la autonomía progresiva de las y los jóvenes como aspecto fundamental para el cumplimiento del mismo. Como hemos mencionado a lo largo de este trabajo, cuando se brinda información de calidad estamos contribuyendo a la capacidad de asumir la responsabilidad en la toma de decisiones sobre su salud y particularmente su SSyNR.

Pensar en la autonomía progresiva de las y los jóvenes, es reconocer que cada una/o es única/o, donde se debe considerar sus trayectorias de vida, el territorio que habita, sus lazos y vínculos afectivos, su situación educativa y la cultura que la/lo atraviesa. Además, se debe entender a la salud desde múltiples aspectos, por eso debemos tener en cuenta los determinantes sociales de la salud, ya que es fundamental mantener un enfoque integral para acompañar y proteger los derechos de las y los jóvenes.

Como futuras profesionales estamos obligadas a revisar cualquier postura enmarcada por el adultocentrismo, ya que el marco normativo vigente reconoce a las y los jóvenes como sujetas/os plenas/os de derechos y es desde allí donde debemos posicionarnos para intervenir. Para ello, debemos revisar nuestros prejuicios, respetando y pensando la autonomía de las y los jóvenes, cuestionar las ideas de lo que pueden y no pueden hacer, ofreciéndonos como apoyo para que puedan transitar por ellas/os mismas/os experiencias significativas para su vida actual y futura.

El dispositivo de CSSyNR, nos permitió trabajar intersectorialmente, articulando dos instituciones como son la educativa y de salud, para el acceso pleno de las y los jóvenes a sus derechos sexuales. En relación a esto, las y los jóvenes transitan y forman parte de las instituciones, que son atravesadas por diferentes actores y contextos, que van generando e interpelando las subjetividades, que se reconstruyen a lo largo de su trayectoria.

A su vez, entendemos que las instituciones deben ser espacios en donde las y los jóvenes puedan participar, apropiarse y construir en conjunto, espacios de escucha, de contención y de comprensión por parte de un otra/o.

Es por ello, que apostamos a la construcción de espacios como la mesita, la Consejería, lugares en donde se disfruta, se aprenda y se contenga a las y los jóvenes que por diversas razones quedan excluidas/os en la construcción de su ciudadanía sexual.

Durante todo el proceso de intervención, fueron las jóvenes mujeres en su mayoría quienes le dieron sentido y potenciaron el espacio de consejería. Esto lo debemos reconocer, ya que históricamente, fuimos las mujeres a quienes se les asignó la responsabilidad sobre la reproducción, pero en la actualidad utilizamos estos espacios para compartir experiencias, dudas,

temores y potenciar desde la sororidad y el respeto a nuestros cuerpos, reconociendo el placer como parte de nuestra sexualidad, tan oprimida por éste sistema heteropatriarcal.

Consideramos que aún queda un camino por recorrer en materia de DDSyNR, estos son individuales, inalienables e indivisibles, pero creemos y debemos construirlos de manera colectiva, es allí donde se produce la transformación.

Bibliografía

- ABRAMOVICH, V. y PAUTASSI, L. (2006) “Dilemas actuales en la resolución de la pobreza El aporte del enfoque de derechos”. Trabajo elaborado para las Jornadas Justicia y Derechos Humanos: políticas públicas para la construcción de ciudadanía, en el marco del Seminario Taller: Los Derechos Humanos y las políticas públicas para enfrentar la pobreza y la desigualdad, UNESCO. Editorial siglo veintiuno. Aires, Argentina.
- AQUÍN, N. (1995): “Acerca del Objeto del Trabajo Social” en *Revista Acto Social*, Año IV, N°10, febrero, (p. 21-30). Córdoba, Argentina.
- AQUÍN, N., ACEVEDO, P. (2007). “Introducción a la intervención. Cátedra: Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II y Trabajo Social IV (Abordaje comunitario)”. Escuela de Trabajo Social. U.N.C. 2007. Revisión 2011. Córdoba, Argentina.
- BÁEZ, C y SANDOVAL, M. (2007). “Nuevas prácticas políticas en jóvenes de Chile: conocimientos acumulados 2000- 2008”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* (Vol. 7 no. 2 Especial jul-dic 2009). Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE, Chile.
- BANKS, S. (1997). “Ética y valores en el trabajo social.”. Editorial: Paidós Barcelona, España.
- BARRANCOS, D. (2019). “Género y ciudadanía en la Argentina. Iberoamericana”. *Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*. Vol. XLI: 1-2 2011, (p. 23-39). Recuperado en diciembre 2019 de: http://www.lai.su.se/polopoly_fs/1.249342.1443101722!/menu/standard/file/06-Barrancos.pdf

- BROWN, J. L. (2008). "Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas". *Cuadernos Pagu*, (30), (p. 269-300). Recuperado agosto de 2019 de: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>
- CALP, C. (2018). "Trabajo Social ¿feminista? Aportes a la intervención del trabajo social desde una perspectiva de género". *Revista Cátedra Paralela N° 15*. Colegio de Profesionales de Trabajo Social Segunda Circunscripción. Escuela de Trabajo Social Facultad de Ciencia Política y RRII, UNR. (p.195- 215). Santa Fe, Argentina.
- CASTORIADIS, C. (s/f). "El mundo fragmentado". Editorial Altamira, s/d.
- CEPEDA, A. (2008). "Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006). *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*". Recuperado en Marzo 2019 de <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/artic14.pdf>.
- CHAVES, M. (2010). "Jóvenes, territorio y complicidades. Una antropología de la juventud urbana". Editorial Espacio. 1ra edición ¿Juventud? (p. 25-50). Buenos Aires, Argentina.
- DE LA O, G., Y TELLO LEÓN, N. (2010). "Fragilidad y debilidad del discurso en Trabajo Social: audiencia de la construcción desde la intervención social". *Trabajo Social UNAM. Época VI, Número 1*, (p. 22-35). UNAM, México.
- ESTEBAN, M. (2006). "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20. Recuperado en enero de 2020. ISSN: 1669-2381. Recuperado en julio 2019 de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=731/73120102

- FAUR, E. (2007). “La educación en sexualidad”. Revista: *El Monitor de la Educación*, N° 11, 5° época, marzo/abril, (p.26-29). Recuperado en enero 2020 de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la-educ-en-sex.-faur-eleonor.pdf>
- FRASER, N. (1991). “La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica, socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío”, En debates feministas, año 2, volumen 3. México.
- FREIJO, M. (2019). “Solas: aun acompañadas”. Editorial: El Ateneo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- GAITÁN, P (2016). “Estrategias de intervención en trabajo social institucional. En: Compartiendo quince años del Programa “La universidad escucha las escuelas”. Perspectivas, debates y propuestas desde el Trabajo Social Institucional (2001- 2016)” Comp. Rotondi, G. Facultad de Ciencias Sociales, UNC, Córdoba, Argentina.
- GAMBA, S. (2008). “Perspectiva de género. ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?” Artículo publicado en el "Diccionario de estudios de Género y Feminismos". Editorial Vilos. Recuperado en Enero 2020 de: www.mujiresenred.net/spip.php?article1395
- GONZÁLEZ, C., NUCCI, N., CROSETTO, R., SOLDEVILA, A., y ORTOLANIS, E. (1999). “Necesidades y satisfactores en el análisis del espacio social familiar”. Córdoba, Argentina.
- GUERRA, Y. (2007). “El proyecto profesional crítico: estrategias de enfrentamiento de las condiciones contemporáneas de la práctica profesional”, en Rozas, M.: La profesionalización en Trabajo Social. Bs. As. Espacio Editorial- Universidad Nacional de la Plata. Recuperado en julio 2019 de: <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n107/05.pdf>
- KAMINSKY, G. (1994) “Dispositivos Institucionales”. Nueva visión. Buenos Aires, Argentina.

- KISNERMAN, N. (1998) “Pensar el Trabajo Social: una introducción desde el construccionismo”.
Editorial: Lumen Humanistas. Buenos Aires, Argentina.
- LAGARDE, M. (2011) “Pacto entre Mujeres. Sororidad”. Revista Aportes para la Integración Latinoamericana, año XVII, N° 25, diciembre 2011, U.N.L.P, pp. 123-135. Recuperado en julio 2019 de: <https://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/25/09.pdf>
- MARGULIS, M., URRESTI, M. (2008) “La juventud es más que una palabra”. Ensayos sobre cultura y juventud Buenos Aires: Biblos, Sociedad.
- MARTÍNEZ, A., COLLAZO, M., LISS, M. (2009) “Dimensiones del trabajo docente: una propuesta de abordaje del malestar y el sufrimiento psíquico de los docentes en la Argentina”. Educ. Soc., Campinas, vol. 30, n. 107, p. 389-408. Recuperado el 04 de junio de 2019.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2012) “Derechos Sexuales y Reproductivos. Hacemos campaña por nuestros derechos”. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Participación comunitaria. Derechos sexuales; 1. Buenos Aires.
- MORGAGE, G. (2006) “Educación en la sexualidad desde el enfoque de género. Una antigua deuda de la escuela”, en Novedades Educativas, N° 184.
- PEÑAS DEFAGO, M. A., (2012) “Las políticas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos humanos”. En Vaggione, J., M. Faúndes, J., Ruata, M. (Ciencia, Derecho y Sociedad), Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos. (p. 191-225) Ciudad de Córdoba, Argentina.
- PERALTA, I. (2012) “Aportes educativos. Práctica pre profesional: construcción de procesos de conocimiento”. Coordinado por: SOLDEVILA, A. Ed. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

- PETRACCI, M. Y RAMOS, S. (2006) “La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia”. Ed. Buenos Aires: CEDES, Argentina.
- QUAPPER, K. (2000) “¿Juventud o Juventudes?: Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente”. *Última década*, (13), (p.59-77). Recuperado en julio 2019 de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362000000200004>
- ROTONDI, G., FONSECA, VERÓN. (2011) “Las instituciones. ¿Nuevas gestiones? Límites y posibilidades. Ponencia presentada en el Encuentro de la red rioplatense de unidades académicas de trabajo social. Debates y proposiciones de Trabajo Social en el marco del bicentenario. Entre Ríos. Secretaría de políticas universitarias. Ministerio de educación. 2011.
- SHLEMENSON, A. (s.f.) “Dimensiones relevantes para el análisis organizacional. Análisis de la situación de conflicto en el marco de una crisis. El significado de la crisis en: Análisis Organizacional y empresa unipersonal”. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- SPINELLI, H. (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*”. Recuperado en junio de 2019 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es&tlng=es.
- TESTA, M. (1989) "Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación: el caso de salud". Representación OPS/OMS Argentina;(11). Recuperado en diciembre 2019 de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18750/pub11.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

TORCIGLIANI, N. I. (1997) “Seminario taller: investigación e intervención”. Utopías. Facultad de Trabajo Social, UNER, Entre Ríos, Argentina.

TORRADO, S. (1993) “Procreación en la Argentina. Hechos e ideas”. Buenos Aires: Editorial de la Flor. Buenos Aires, Argentina.

ZAMBERLIN, N. GOGNA, M. (2004) “De salud materno infantil a salud reproductiva: una nueva perspectiva en un contexto de cambio. Serie o Congreso: Desarrollo integral infantil en contexto de iniquidad”. CLACYD. Editorial: CLACYD. Córdoba. Argentina. Recuperado enero de 2020 de: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/2609>



**trabajo
social**
facultad de



facultad de ciencias



UNC

Universidad
Nacional