

Siempre es mejor saber

Consejería en salud sexual y reproductiva, como dispositivo para promover
decisiones autónomas en jóvenes universitarias/os.

Índice

Capítulo I: La salud sexual y reproductiva: un campo de debates y disputas	7
1.1 La lucha del movimiento feminista: una aproximación hacia la conquista de los derechos sexuales y reproductivos.....	7
1.2 La salud sexual y reproductiva como derecho humano.....	9
1.2.1 Antecedentes de las normativas internacionales que enmarcan los derechos sexuales y reproductivos.	11
1.3 La salud sexual en el marco de las políticas públicas nacionales: avances y retrocesos	13
1.3.1 Políticas de protección y control de la natalidad	14
1.3.2 Planificación familiar: Programas de procreación responsable.....	15
Capítulo II: El campo problemático: caracterización del área de la política pública del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y del campo de la salud	21
2.1 El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: un punto de inflexión en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en Argentina	21
2.1.1 Articulación entre el programa y las provincias.	23
2.1.2 Acceso y distribución de los métodos anticonceptivos.....	24
2.1.3 Recursos humanos calificados.....	26
2.1.4 Estrategias de comunicación y difusión de los derechos.	27
2.2 Interrupción legal del embarazo.....	28
2.3 La educación sexual integral.....	30
2.4 El área general y particular de la política pública en salud sexual y reproductiva	33
2.5 Legislación y cuerpos normativos vigentes significativos en torno a la problemática	39
Capítulo III: El abordaje de la salud sexual en las políticas estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba.....	42
3.1 Programa de Consejerías en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Extensión de la UNC	42
3.2 Programa de consejerías en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba	43
3.3 El espacio de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en la Escuela de Trabajo Social: el origen de la iniciativa.....	46
Capítulo IV: La consejería en salud sexual y reproductiva en la Facultad de Ciencias Sociales y el rol del trabajo social	52
4.1 La intervención profesional del trabajo social	52
4.2 Las y los jóvenes como sujetos de la intervención	53
4.3 El objeto de intervención del trabajo social en las consejerías en salud sexual y reproductiva	55

4.4 El espacio institucional de la práctica pre profesional: La emergencia de la FCS.....	57
4.4.1 Características de la población estudiantil de la Facultad de Ciencias Sociales.	58
4.5 Estrategias y alcances de la intervención profesional en consejerías en salud sexual y reproductiva de la Facultad de Ciencias Sociales	61
4.5.1 El registro como herramientas para la sistematización de la intervención.	62
4.5.2 Las y los jóvenes que asisten a la consejería.	65
4.5.3 Estrategias de comunicación para abordar la visibilización y difusión de la Consejería en la Facultad de Ciencias Sociales.....	72
4.5.4 Jornada de testeo voluntario y masivo Mejor saber.	75
Reflexiones finales.....	83
Bibliografía.....	87

Quisiera agradecer a Lucas Mackinlay, mi compañero incondicional por estar a mi lado en cada momento de éste proceso, por creer en mí y darme fuerzas siempre para levantarme y continuar; y sobre todo, por apoyarme en cada instancia y materializar mis ideas en los dispositivos que me permitieron registrar sistematizar esta intervención.

Al equipo de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Ciencias Sociales, especialmente a Valeria y José, por la libertad que me otorgaron a la hora de hacer esta práctica pre profesional; y por haberme guiado y acompañado en cada momento desde su óptica profesional.

A mis tutores de tesina, a Lilian, Keka, y José, a los cuales tengo alta estima; gracias por su paciencia, dedicación, cercanía y consejos recibidos, por la buena disposición y contribuciones al crecimiento en esta etapa final.

Por último, a Eri y Cami, al Centro de Estudiantes, a las agrupaciones estudiantiles, y a las compañeras del grupo de Consejerías que acompañaron éste proceso, por su participación y compromiso con la temática en la Facultad.

Introducción

El presente trabajo surge en el marco de la práctica pre-profesional del quinto nivel de la licenciatura en trabajo social, y tiene como finalidad desarrollar y sistematizar las estrategias de intervención llevadas a cabo en el espacio institucional de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Nacional de Córdoba; donde se recupera los procesos de aprendizajes teóricos-metodológicos adquiridos en el transcurso de la carrera para constituir la práctica en un objeto de acción, de reflexión, y elaboración de nuevas teorías. Las mismas se enmarcaron en las estrategias de prevención y promoción de la salud, desde una perspectiva de género y derechos, propuestas por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de la Dirección Nacional de VIH/SIDA e ITS.

La elección del campo de intervención, tuvo su fundamento en que como estudiantes también estamos atravesada/os por situaciones de vulneración de derechos al mismo tiempo que abordamos la de las/os sujetos de la intervención. A partir de ello, sentí la necesidad de trabajar ésta temática con futuras/os profesionales, y me pareció pertinente, teniendo en cuenta la trayectoria realizada por el equipo de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Ciencias Sociales, que es un espacio de práctica enriquecedor al que podrían aportar iniciativas de coordinación de esfuerzos entre las diferentes actores institucionales, áreas y organizaciones estudiantiles, a partir del trabajo en red para su expansión al resto de los estudiantes como una de las estrategias de intervención.

El proceso de intervención se encuentra ordenado por capítulos con sus apartados correspondientes:

El capítulo N°1, contextualiza la experiencia de mi práctica desde una perspectiva feminista que analiza las situaciones de dominación y opresión diferenciadas entre varones y mujeres en nuestra sociedad. Muestra cómo en relación a la salud sexual y reproductiva hay un campo de disputa, por imponer un discurso que implique cambios culturales, sociales, políticos y legales, tratando de crear nuevas construcciones de sentido. Reivindicando el rol de los movimientos feministas que históricamente han luchado por imponer su perspectiva anti patriarcal, impulsando una forma de política alternativa con concepciones diversas acerca de la

salud sexual y reproductiva, buscando el empoderamiento a través del ejercicio de los derechos, y de la liberación de la moralidad y represión de los cuerpos.

Los debates en torno a la sexualidad y la reproducción han tenido un fuerte impacto social, político, y cultural tanto en nuestro país, como en el resto de América Latina en la década de los '90; en donde se asentaron las bases jurídicas y de jerarquía internacional de los derechos de las mujeres como derechos humanos. Estos debates influyeron en el diseño, planificación y ejecución de políticas públicas en el campo de las políticas sanitarias, que llevaron a crear el Programa Nacional en Salud Sexual y Procreación Responsable destinado a la población general y no solamente a las mujeres como meras reproductoras de la sociedad.

En el capítulo N°2, voy a dar cuenta del campo problemático que caracteriza la política pública en relación al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable como también, las diferentes estrategias de acción que se enmarcan en el programa, donde se ubican los logros y avances en materia legal hasta la actualidad y que hacen a la intervención estatal.

En el capítulo N° 3, se abordará la salud sexual en el marco de las políticas estudiantiles de la Universidad, los diferentes programas destinados hacia la población en general y hacia las/los estudiantes en particular. También, se hará un recorrido histórico de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva de la ex Escuela de Trabajo Social, las demandas que movilizaron a los actores que dieron origen al espacio, y el nuevo proyecto institucional que se constituyó en la Facultad de Ciencias Sociales

Por último, en el capítulo N° 4, se abordará la implementación del dispositivo de consejerías como propuesta de una política pública, para llevar a cabo estrategias de prevención, y de promoción de los derechos sexuales y reproductivos en distintos espacios, y particularmente, en la Facultad de Ciencias Sociales. Con la finalidad de promover la autonomía en las decisiones responsables de las/os jóvenes vinculadas a la temática, y los alcances del dispositivo en el marco de esta intervención.

Capítulo I: La salud sexual y reproductiva: un campo de debates y disputas

1.1 La lucha del movimiento feminista: una aproximación hacia la conquista de los derechos sexuales y reproductivos

Las políticas y las legislaciones que se encuentran vinculadas a cuestiones de género¹ y sexualidad, son el resultado de profundos debates que se han producido en el seno de la sociedad, a partir de las acciones del activismo político de los movimientos feministas que “propugna un cambio en las relaciones sociales que conduzca a la liberación de la mujer -y también del varón- a través de la eliminación de las jerarquías y desigualdades entre los sexos”. El feminismo² incluye en los debates públicos las diversas formas en que la distribución desigual de poder oprime a ciertos cuerpos. (Gamba, 2008; pág. 2)

La consigna “lo personal es político” surgió del denominado "nuevo feminismo" a finales de los años ´60 en EEUU y Europa, y apuntó a interpelar el estatus privado de la sexualidad poniendo en tensión qué temas son los que se constituyen como tales y cuáles como asuntos públicos -el sentido que se le da a lo público y a lo privado, delimita el campo de deliberación, y con ello organizan el listado de temas que son parte de la agenda política-.

Los ejes temáticos que emergieron con este nuevo feminismo fueron “la redefinición del concepto de patriarcado³, el análisis de los orígenes de la opresión de la mujer, el rol de la

¹ “El género es la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer. Mientras el sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales, el género es una definición de las mujeres y los hombres construido culturalmente y con claras repercusiones políticas”. (Salazar García, 2007, pág. 55)

² El feminismo es un movimiento que promueve una transformación en las relaciones sociales, hacia la liberación de las personas, mediante la eliminación de jerarquías e inequidades entre los géneros; es decir, una fuerza de poder instituyente al poder ya instituido del orden patriarcal y heteronormativo. También puede decirse que es un sistema de ideas que, a partir del estudio y análisis de la condición de la mujer en todos los órdenes -familia, educación, política, trabajo, etc. Pretende transformar las relaciones basadas en la asimetría y opresión sexual, mediante una acción movilizadora.

³ El concepto de patriarcado es antiguo y no necesariamente un aporte de las teorías feministas. Engels y Weber lo mencionaron (...) para Engels “el patriarcado se relaciona con un sistema de poder y,

familia, la división sexual del trabajo y el trabajo doméstico, la sexualidad, la reformulación de la separación de espacios público y privado, y el estudio de la vida cotidiana. (Gamba, 2008, pág.3)

Este activismo ha logrado atravesar -pese a las dificultades y contradicciones- ciertas formas hegemónicas de definir el género y la sexualidad, dando lugar a nuevos modos de gestionar las diferencias sexo-genéricas en las sociedades modernas. Ya que no sólo complejizan las definiciones sobre los roles e identidades de género y las prácticas sexo-afectivas, sino que también, proponen nuevas formas de entender la vida social y política en sus diversas esferas y, sobre todo, en el contexto conservador neoliberal que marca nuestra época. (Vaggione, 2012)

Este feminismo también planteó “la necesidad de búsqueda de una nueva identidad de las mujeres que redefina lo personal como imprescindible para el cambio político; ya que consideraba que la igualdad jurídica y política reclamada por las mujeres del s. XIX -en general conquistadas en el s. XX- si bien constituyó un paso adelante, no fue suficiente para modificar en forma sustantiva el rol de las mujeres”. Es por ello que en las últimas décadas se han visibilizado distintos discursos y prácticas que disputan los sentidos y posiciones de los cuerpos. (Gamba, 2008; pág.4)

El compromiso de la lucha feminista por politizar el “mundo privado”, significa la desconstrucción y confrontación de las hegemonías patriarcales abriendo los interrogantes sobre lo instalado e imaginando caminos alternativos, promoviendo la transformación en las relaciones sociales hacia la liberación de las personas, mediante la eliminación de jerarquías e inequidades entre los géneros. Es decir, la perspectiva enmarcada hasta aquí refiere al estudio sistemático de la condición de las mujeres, su papel en la sociedad y las vías para lograr su emancipación.

por lo tanto, de dominio del hombre sobre la mujer”. (...) son las teorías feministas las que actualizan este concepto (...) para algunas, el patriarcado es: “la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los/las niños/as de la familia, dominio que se extiende a la sociedad en general. Implica que los varones tienen poder en todas las instituciones importantes de la sociedad y que se priva a las mujeres del acceso a las mismas pero no implica que las mujeres no tengan ningún tipo de poder, ni derechos, ni influencia o de recursos”. Para otras: el patriarcado significa una toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue el orden biológico, si bien elevado a la categoría política y económica”. (como se citó en Facio & Fries 2005, pág. 280)

El feminismo no constituye un cuerpo de ideas cerrado ya que es un movimiento político integral contra el sexismo en todos los terrenos (jurídico, ideológico y socioeconómico), que expresa la lucha de las mujeres contra cualquier forma de discriminación. Esta corriente se preocupa por señalar que la naturaleza no encadena, ni encorseta a los seres humanos, no les fija su destino en el momento del nacimiento, o a partir de condiciones físicas, sino que “trata de crear nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres visualicen su masculinidad y su feminidad a través de vínculos no jerarquizados ni discriminatorios”. (Gamba; 2011, pág. 3)

Es por todo lo anterior que en relación a la sexualidad, su regulación y el derecho, los cambios culturales, sociales, políticos y legales, no pueden ser pensados si no es alrededor del reconocimiento de las luchas de estos movimientos, que tienen gran influencia en la ampliación de derechos en materia de salud sexual y/o reproductiva, además de continuar impulsando cambios en las prácticas de la población, respecto a las sexualidades y la autonomía de los cuerpos; inscribiéndose en una forma de política alternativa, con concepciones diversas acerca de lo sexual, buscando el empoderamiento a través del ejercicio de los derechos conquistados, y a través de la liberación de la moralidad y represión de los cuerpos.

1.2 La salud sexual y reproductiva como derecho humano

Los derechos humanos en general, y los derechos sexuales y reproductivos en particular, “parten de características fundamentales del ser humano, las cuales se relacionan con una dimensión estructural y tienen que ver con su libertad y la capacidad de decidir, de disfrutar y sentir el placer, así como de vivir la sexualidad acorde a los deseos, gustos y preferencias sexuales. Los derechos sexuales⁴ y los derechos reproductivos, son producto de derechos fundamentales, universalmente reconocidos y de experiencias particulares e históricas, de realidades concretas y dinámicas” (Salazar García, 2007, pág. 2). Se puede decir, que están

⁴ El concepto de salud reproductiva supone “un estado de completo bienestar físico, mental y social, en todas las cuestiones relacionadas al sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En consonancia con ello, los servicios de salud reproductiva son definidos como “la constelación de métodos, técnicas, y servicios que contribuyen a la salud reproductiva, y al bienestar integral, a través de la prevención y solución de los problemas de salud reproductiva”. Aludiendo a un conjunto de derechos que cada ser humano debería gozar a lo largo de su vida, y que se define en cada momento histórico-cultural. (como se citó en Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales, 2013)

enriquecidos con demandas y propuestas, producto de la lucha de los movimientos sociales como se mencionó en el apartado anterior, en donde se visibilizan las necesidades acompañadas de un conocimiento crítico que desnaturaliza las normas establecidas socialmente por el sistema patriarcal.

Los debates en torno a la sexualidad y la reproducción, han tenido un fuerte impacto social, político y cultural en nuestro país como en el resto de América Latina; constituyéndose como el punto de partida de la estrategia política que reflejó los conflictos de intereses y debates inherentes a un problema que configura una verdadera cuestión social⁵.

Si bien la década de los '90 fue caracterizada como la conquista de los derechos humanos; ese recorrido reconoce una primera etapa, protagonizada por sucesivas Cumbres Mundiales, que buscaron asentar jurídicamente y dar jerarquía internacional de derechos humanos a los derechos de la mujer. Este reconocimiento de la universalidad de los derechos humanos en la actualidad, aún se encuentra parcialmente establecido en las normatividades nacionales e internacionales, debido al largo proceso de discusión y debate en el seno de la sociedad por imponer en agenda pública⁶ y de gobierno⁷, determinados discursos totalmente opuestos – como por ejemplo: los de los sectores eclesiástico y conservadores, en oposición a los discursos del movimientos feministas, movimientos de mujeres, movimientos por la diversidad, disidentes, etc.-.

En efecto, la legitimización de la problemática referida a la sexualidad y reproducción en tanto cuestión social; desde el derecho internacional compromete a los Estados a asumir obligaciones públicas en términos de responsabilidades políticas. La definición y alcance de estos derechos dependerá del compromiso y la responsabilidad que asuman los Estados mediante

⁵ “La cuestión social es una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta al enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo la cuestión de la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina nación) para existir como un conjunto vinculado de interdependencias”. (Castel, 1997, p 20).

⁶ Refiere a los problemas que preocupan a la sociedad, en un momento específico y son reconocidas por el colectivo de actores sociales como cuestiones importantes a resolver.

⁷ “Suele entenderse en la literatura el conjunto de problemas, demandas, cuestiones que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de acción y más propiamente como objetos sobre los que han decidido actuar o considerado que tienen que actuar(...) si bien la agenda es del gobierno, los problemas que la componen se originan y configuran en el sistema político” (Chiara y Di Virgilio , 2009)

formas de acciones de gobierno. Es por esto, que, en nuestro país, se debió esperar hasta mediado de los años '80 para hacer visible el debate público sobre la temática. (Levín, 2010)

1.2.1 Antecedentes de las normativas internacionales que enmarcan los derechos sexuales y reproductivos.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunida en Alma Ata, reafirmaba la importancia de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, de esta forma la salud fue considerada como un derecho humano fundamental, planteando que el objetivo social prioritario en todo el mundo fuera la obtención del más alto nivel posible de salud. A su vez en su artículo VI expresó la necesidad de que sea “accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un costo que la comunidad y el país lo pueden soportar” (Declaración de Alma Ata, 1978, pág. 2) .

En el proceso de instalación de la noción de salud sexual y reproductiva como derecho humano, es que se retoma el concepto formulado por la OMS, y en 1994 en la Conferencia del Cairo, se define a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En esta definición estaba implícita la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la capacidad y libertad para decidir procrear, cuándo y con qué frecuencia hacerlo. También se conceptualizó a la salud sexual, y se estableció que “su objetivo declarado, es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Desde la conferencia de El Cairo, el eje de las políticas de desarrollo -por primera vez en la historia- se desplazó de las metas demográficas, al respeto por los derechos, donde se corre la noción de atención del control de la natalidad y cobra importancia cuestiones como el

empoderamiento de las mujeres, la equidad de género, la libre elección sexual y la equidad en la distribución de los recursos.

Posteriormente, en la V Cumbre Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se consolidó a través de la Plataforma de Acción, el marco de políticas internacionales más exhaustivo y fuente de orientación para lograr la igualdad de género y los derechos humanos. En la misma se reconoció a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales. (ONU Mujeres, 1995)

El reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, desde ese momento, se vinculó estrechamente con el goce y reconocimiento de otros derechos, siendo estos: el derecho a la vida; a la libertad, a la seguridad e integridad personal; a la privacidad; a la igualdad y a la no discriminación; a la educación sexual y acceso a la información, entre otros.

Tomando los aportes de Levín (2010), en primer lugar, los derechos sexuales y reproductivos son adjudicados en las normativas internacionales como parte de los derechos humanos en salud. De esta manera, si bien en el discurso se enfatiza sobre las libertades individuales de los sujetos como fundamento de estos derechos en sus disposiciones; contrariamente, se regula jurídicamente la sexualidad y reproducción como “poderes” del Estado para garantizar su ejercicio. En segundo lugar, no se garantiza la igualdad de trato y la no discriminación, entendiendo que toda la normativa internacional, tiene como destinatario final a la “mujer madre”. Esta tiene libertad para planificar sus embarazos, salud pública para garantizar un parto y puerperio seguro y sin riesgo, tiene un trato digno en igualdad de condiciones junto con todas las demás mujeres que también deseen ser madres, pero ¿qué sucede con aquellas mujeres que no desean serlo? No pueden llevar adelante esa voluntad, ni salud pública para garantizar el ejercicio pleno y ejercer esa decisión.

Es en este marco, que nos debemos interrogar acerca de las razones por las cuales muchas veces las/os titulares de derechos no pueden acceder al conjunto de garantías ciudadanas; y para ello es necesario tener en cuenta las desigualdades que se reflejan a nivel económico y social, que va también de la mano con las desigualdades de género, etnia, raza, y territorialidad, las

cuales han construido estructuras de desventajas que se refuerzan cotidianamente entre sí, presentes en los distintos ciclos de la vida de las personas restringiendo las oportunidades de vida individual y familiar.

1.3 La salud sexual en el marco de las políticas públicas nacionales: avances y retrocesos

La salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, adquirieron relevancia internacional en la década del '80, pero en Argentina estos temas comenzaron a debatirse recién en los '90. Haciendo historia, respecto a los antecedentes de la planificación familiar en nuestro país, éste fue tradicionalmente un país con políticas “pro natalista” desde sus orígenes, el cual promovió la natalidad y la inmigración para lograr el crecimiento poblacional.

Las políticas públicas históricamente se dirigían a la mujer respondiendo a criterios en los que esta población no era sujeto de derecho, sino, a través de la familia o la pareja; en donde las intervenciones regulaban principalmente el uso del cuerpo en lo que se refiere a la maternidad. Así, la presencia del Estado a través de sus políticas creó condiciones necesarias para mejorar y estimular la función maternal de la mujer, las leyes sanitarias y laborales, fueron parte de las medidas que permitieron intervenir en este ámbito: el de la procreación.

Según Meng (2006), autores como Grassi, Torrado, Novick, Birgin; han realizado diversos trabajos de reconstrucción histórica vinculados a las políticas en salud sexual y reproductiva desde principios del siglo pasado, que demuestran que estas, estuvieron dirigidas a la mujer y que se enmarcaban en el campo de las intervenciones estatales en las áreas de educación y de salud. En lo que respecta a la primera, las políticas tuvieron como objetivo “la moralización y el control de la familia popular frente a la inmigración externa”. Mientras que, en el área de la salud, “el objetivo se centraba en la concepción de la mujer como la principal responsable de la reproducción biológica y material de los miembros de la familia. De esta manera, el binomio madre-hijo era el objetivo principal de las intervenciones, y la receptora de esas políticas era la madre-ama de casa” (Meng, 2006; pág. 94). En relación a lo anterior, vale la pena resaltar algunos puntos, de las políticas públicas implementadas a lo largo del siglo pasado.

1.3.1 Políticas de protección y control de la natalidad.

A principio del siglo XX las principales intervenciones por parte del Estado se enmarcaron en controlar la disminución de la natalidad y el bajo crecimiento poblacional, estas políticas continuaron en esa misma dirección a lo largo de los primeros 30 años.

Desde 1934 en adelante, se realizaron acciones dirigidas a la protección de la maternidad que posteriormente se cristalizaron en las primeras ideas del fomento de la fecundidad, plasmadas en el Primer Congreso de Población que se realizó en Buenos Aires (1940), donde las políticas de población estuvieron dirigidas a la reproducción de la sociedad manifestándose de forma explícita, en asignaciones familiares para parejas prolíficas, sobre-salarios a los casados, gravámenes progresivos para los solteros, preferencia de los padres de familia en los puestos de trabajo, impuestos a matrimonios sin hijos, premios y estímulos bancarios a las madres múltiparas”. (como se citó en Meng, 2006, pág.94)

En 1947 estas políticas poblacionales fueron aumentando de forma cuantitativa y cualitativamente, dirigidas a reponer y reproducir la fuerza de trabajo. Según Ramaciotti, se “trataba de regenerar la raza argentina, lo que implicó políticas de salud dirigidas a la mujer en cuanto portadora simbólica del patrimonio humano de la nación”. (Como se citó en Meng, 2006, pág.95) Esa preocupación por parte del Estado Argentino, se vio traducida en un conjunto de intervenciones con un discurso oficial plasmado en campañas de protección a la mujer embarazada y de severa condena al aborto.

A partir de lo expuesto, se puede observar cuál es el rol que ocupa la mujer en el marco de las políticas públicas -como objeto de las intervenciones por parte del Estado en tanto cumpliera con su función maternal y de reproducción de la sociedad. “El derecho de la mujer en este sentido, pasaba por ser asistida en los centros maternos, y el Estado garantizaba el servicio público de salud materno infantil” (Meng, 2006, pág. 94).

En la década de 1960, y con la impronta política del “desarrollismo” en Latinoamérica, un aspecto de la política consistía en impulsar una modernización de las pautas tradicionales, y en este sentido, se fomentaba la “familia moderna” reducida en número de miembros y con

funciones asignadas que se ligaban básicamente, a cuestiones afectivas y de socialización primaria, además de las reproductivas. (Meng, 2006)

En 1974 bajo el gobierno de Isabel Perón, se sancionó el Decreto N° 659, que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad en los establecimientos públicos de salud, como así también, la comercialización de los anticonceptivos. Si bien esta medida prohibitiva no impidió que los anticonceptivos continuaran vendiéndose sin las recetas, las consecuencias fueron gravísimas para las mujeres de los sectores populares, ya que no poseían los medios para acceder a los anticonceptivos ni a la consulta, debido a que se había desmantelado alrededor de sesenta consultorios públicos de planificación familiar que funcionaban en los Hospitales. Todo esto nos lleva a decir que a lo largo de la historia, según el objetivo político de los gobiernos, el cuerpo de la mujer fue uno de los ejes privilegiados de las políticas demográficas.

1.3.2 Planificación familiar: Programas de procreación responsable.

A finales del siglo XX con el retorno de la democracia, el escenario fue cambiando. La Argentina vivió transformaciones sociales importantes y éstas, tuvieron gran influencia en la situación, la condición de vida, y el rol social de la mujer.

Hasta llegados los años '90, se percibía un silencio rotundo sobre los temas vinculados a la salud reproductiva, y los derechos sexuales y reproductivos de la población -en particular de las mujeres-, según Lila Aizenberg et al. (2003) no se debatían básicamente por dos motivos: “Por un lado, a las restricciones normativas con relación a la planificación familiar vigentes en la Argentina desde mediados de la década del setenta hasta mediados de los años ochenta”. Y por otro, a “la ausencia de un debate en la sociedad que ubicara en el centro de la agenda pública los intereses y derechos de las mujeres respecto de la sexualidad y la reproducción” (pág.349).

Recién a finales de 1986, las normas restrictivas fueron derogadas mediante el Decreto N°2.274 dejando, sin efecto el Decreto N° 659/74, y levantando las prohibiciones que regían en los servicios públicos de salud y de obras sociales. Permitiendo de esta manera la primera experiencia piloto en la Ciudad de Buenos Aires, de políticas públicas que tuvieron como objeto

a la mujer y su deseo en el marco de la planificación familiar. Fue allí donde surgió el “Programa de Procreación Responsable”, destinado a suministrar asistencia en anticoncepción a la población usuaria de los servicios de la red asistencial pública.

En ese momento el principal obstáculo que enfrentó esta experiencia, se debía a las discontinuidades en el abastecimiento y la entrega gratuita de métodos anticonceptivos que dificultaron el funcionamiento del programa, además de verse acotado a un número muy reducido de establecimientos (Petracci & Pecheny, 2007). Sin embargo, cabe reconocer que la estabilidad del programa y su funcionamiento, dependía en gran medida, del apoyo de los jefes del servicio de ginecología y obstetricia en cada hospital y centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires. En 1995, éste programa contó con una partida presupuestaria especial, lo que le confirió estabilidad financiera en coincidencia con su gradual expansión en la red de asistencia.

En los '80 irrumpe la epidemia del VIH/SIDA, donde el tema ocupó un lugar en la agenda pública de nuestro país una década después, cuando en el Congreso se aprueba Ley N° 23.798 (1991) que crea el Programa Nacional de SIDA. En relación a la lucha contra el VIH/SIDA se enlazaron numerosas cuestiones que se ligaban a la diversidad sexual, una de ellas, por ejemplo, fue el tema de la “no discriminación”, permitiendo la reaparición y desarrollo de movimientos sociales de mujeres, feministas, LGTTB y de lucha contra el SIDA, que progresivamente se fueron institucionalizando en las ciudades más importantes del país mediante la constitución de ONGs, redes y foros. (Petracci & Pecheny, 2007)

En 1985 la “Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer” (CEDAW), establece, por un lado, en su artículo N°10 que “los Estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia. Y, por otro lado, en el artículo N° 16, plantea que los Estados se comprometen a adoptar medidas que aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en los derechos a elegir libre y responsablemente, el número de hijos, el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos. (CEDAW,1985)

En 1994, se llevaba a cabo la última reforma constitucional, que involucró decisiones que resultaron clave para la defensa y la promoción de los derechos de las mujeres -la incorporación de las Convenciones, Pactos, Tratados Internacionales y Conferencias, con jerarquía constitucional-, implicando que los derechos consagrados en las mismas, así como las obligaciones del Estado, sean de aplicación inmediata.

En ese contexto, en donde la Argentina parecía avanzar en términos legales, paralelamente el Ejecutivo Nacional intentaba introducir en el texto de la nueva Constitución, un artículo que garantizaba "el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural", que finalmente no fue aceptado por los miembros de la asamblea constituyente. De haber sido avalada la iniciativa, hubiera significado un retroceso respecto de la situación normativa sobre el aborto en el país, ya que la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal, y está tipificada como un "delito contra la vida" en el Código Penal. Sin embargo, se establece dos circunstancias causales en las cuales el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer no es punible.

Por otra parte, en 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley que creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, donde tenía como principal objetivo asegurar que todos los habitantes del país puedan decidir y ejercer su derecho a procrear libre y responsablemente (art.1).

“Este proyecto de ley perdió estado parlamentario a fines de 1997, debido a que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento en los plazos previstos. A partir de la apertura del debate público que provoca la discusión parlamentaria de esta ley en el plano nacional, de las acciones de sensibilización desarrolladas por el movimiento de mujeres, y de los acuerdos internacionales logrados en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la V Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país”. (Pettracci & Pecheny, 2007, pág. 350)

En su mayoría esas leyes fueron la punta de lanza para la creación de programas o servicios de asesoramiento, atención y provisión de métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer

genito-mamario y enfermedades de transmisión sexual; pero solo en algunos casos se establecía acciones articuladas con otros sectores como educación.

El grado de implementación de cada una de estas disposiciones fue muy distinto en cada provincia debido a que los programas enfrentan dificultades de orden principalmente presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, la compra de anticonceptivos y las actividades de promoción, como así también, obstáculos institucionales e ideológicos para llevar adelante acciones de este tipo. (Pettracci & Pecheny, 2007)

En 1996 varias provincias dictaron leyes enmarcadas en los derechos sexuales y reproductivos, aunque fueron muchas las que sufrieron diversos obstáculos, como el veto del Poder Ejecutivo y el ataque de sectores conservadores y de la iglesia. Es así, que una de las primeras iniciativas la tuvo la provincia de Córdoba con la creación del “Programa de salud reproductiva y sexualidad” Ley N° 8.535, aprobada en primera instancia, pero vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo, alegando deficiencias en la técnica legislativa. (Schuste & Jurado García, 2006)

Posteriormente 1997, el comité permanente instituido por la CEDAW, recomendó al gobierno argentino revisar la legislación sobre el aborto. El gobierno no respondió a esta recomendación, y bajo esta línea, el Presidente Menen encolumnado con la iglesia católica, para impedir la incorporación de la temática de la sexualidad y reproducción en la agenda pública, promovió y creo el Plan Nacional a Favor de la Madre y el Niño en 1991 (Levín, 2010).

Si bien, el recorrido para alcanzar la situación actual no fue lineal, sino más bien estuvo marcado por grandes obstáculos, durante la década de los noventa luego de la Cumbre sobre Desarrollo en el Cairo (1994) y de las reformas incorporadas a la Constitución Nacional durante el mismo año, sumadas al compromiso que asumieron determinados sectores de la sociedad a partir de la demanda de los movimientos feministas, es que adquiere con mayor despliegue en la agenda pública el tema de los derechos sexuales y reproductivos, la cual se manifestó con disposiciones tendientes a ampliar la equidad de género: La Ley de protección contra la Violencia Familiar (1994), la incorporación de la Convención para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1996), Modificación del Régimen de Asignaciones

Familiares (1996), Plan de Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres (1997), entre otras. (Levín, 2010)

Fue recién en 2002, que se sancionó la Ley Nacional N°25.673 de creación del “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” (PSSyPR), enmarcado en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación (MSN); con su posterior Decreto Reglamentario N° 1282/03. Esta vez, en el campo de las políticas sanitarias se creaba un Programa Nacional destinado a la población general y no solamente a las mujeres como meras reproductoras. En ese mismo año adhieren a la ley nacional, algunas provincias como: La Rioja (Ley 7.425), Corrientes (Ley N°5.527) y Santa Cruz (Ley N° 2.656); mientras que otras, como Entre Ríos (Ley N° 9.501) y Buenos Aires (Ley N° 13.066), sancionaron sus propias leyes. En lo que respecta a Córdoba, en 2003 sanciona la Ley N° 9.073 de “Maternidad y Paternidad Responsables” y queda expresamente deroga la Ley N° 8.535 -de Creación del Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad, promulgada en 1996- adhiriéndose de esta forma, al Programa Nacional.

La agenda de gobierno, en este sentido va a depender de la correlación de fuerzas sociales entre las clases y los grupos de una sociedad en un momento dado. El estado se convierte en este sentido, en sede de concertaciones y confrontaciones de intereses, y el temario público es un indicador de qué sectores políticos han podido construir una determinada hegemonía. El estado moderno atiende su agenda pública, organizando dispositivos sociales a través de las políticas públicas y en particular de las políticas sociales, pero a lo largo de la historia ninguna de ellas han sido una constante.

Es por ello, que para el trabajo social es importante tener en cuenta el contexto en el cual surgen determinadas normativas y políticas, porque este acontecimiento tiene un surgimiento, un desarrollo, una resolución o no, que debe ser vista como un proceso histórico-complejo que implica la interacción de distintos actores sociales a lo largo de su trayectoria. Y en esa relación entre el estado y sociedad civil, es que estos configuran una relación en donde las fronteras entre uno y otro no son fijas, se contrae y expande según el momento histórico.

En el espacio intermedio entre la organización política y el sistema económico, se encuentra lo social - en tanto espacio, territorio de intervención dentro de la estructura social-, se presenta

como un conjunto de dispositivos operacionales, metodológicos, instrumentales, e institucionales que implicarían nuevas formas de relaciones, de interacción, esencialmente artificiales. La intervención del trabajador social va a ser parte de esos dispositivos organizados por el estado. (Crosetto & Andrada, 2010)

Capítulo II: El campo problemático: caracterización del área de la política pública del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y del campo de la salud

2.1 El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: un punto de inflexión en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en Argentina

Los debates en torno a la sexualidad y la reproducción, han tenido un fuerte impacto social, político y cultural en nuestro país a lo largo de la historia. La institucionalización de normativas referidas a los derechos sexuales y reproductivos desde el retorno a la democracia en la Argentina, constituyó el punto de partida de las estrategias políticas que se reflejaron en los conflictos de intereses y debates inherentes, a un problema que configura una verdadera cuestión social.

La situación social en la que se encontraba Argentina reflejaba en los datos estadísticos oficiales del año 2002, una realidad social sanitaria que ponía en el centro del debate la temática, y en ese escenario, la problemática empezó a ser denunciada no solo desde los movimientos feministas y organizaciones internacionales, sino también de asociaciones profesionales, centros de investigación, profesionales de la salud y legisladores.

La década de los noventa fue caracterizada por sentar las bases jurídicas que dieron jerarquía internacional de derechos humanos a los derechos de la mujer; donde se abrió el camino para la implementación de políticas por parte del estado, que pone el acento en la perspectiva de género y de derechos.

A comienzos del 2000 el derecho a la salud estuvo marcado por un contexto muy hostil en la Argentina; el número total de pobres se ubicaba entre un 31 y un 34% de la población, lo que implicaba casi 8 millones de personas carenciadas, sin ningún tipo de cobertura social. La red de protección social del país era limitada, ya que alcanzaba solo alrededor de 25% de las familias pobres, y tanto la pobreza como la desigualdad en el reparto de ingresos habían empeorado en esa década.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en este contexto de creciente pobreza y graves desigualdades, donde la desocupación desencadenó la pérdida de la cobertura de la obra social para muchas de ellas; se observaba que las mujeres de 20 a 29 años representaban los niveles más bajos de cobertura; es decir, que en el período con mayor fertilidad, y cuando estas tienen mayores necesidades, estaban más desprotegidas en la atención de su salud. Para muchas, el hospital público fue el único ámbito posible de atención, lo cual produjo un aumento de la demanda en estas instituciones. En este marco y con cifras alarmantes de embarazos adolescentes (madres entre 10 y 19 años); el registro de 500.000 abortos anuales; un tercio de las muertes maternas causadas por abortos clandestinos, el aumento en los casos de SIDA y otras ITS⁸. Desde diferentes actores sociales, se le exigió al Estado que definiera una política pública de alcance nacional.

A finales del año 2000 por Decreto N° 1246/2000, se amplía la aplicación de la “Ley de Cupo femenino”, incorporando a las mujeres al Senado de la Nación. Este hecho tuvo un impacto significativo en el mapa de la representación femenina en los procesos de toma de decisión, ya que permitió colocar nuevamente a la salud sexual y reproductiva en el centro de la agenda pública.

En el año 2001 se logra la media sanción en Cámara de Senadores y un año después en Cámara de Diputados, sancionándose finalmente la Ley Nacional 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). La noción de salud sexual y reproductiva de este marco normativo, implica el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados, posibilidad de regularizar la fecundidad, y el derecho a un parto seguro y sin riesgos.

Para su concreción, el programa prevé acciones de prevención, promoción, potenciamiento, y disminución de riesgos, en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, con el objetivo de cumplir con los lineamientos de las leyes que en el 2003 se crea el Programa en el

⁸ Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación disponible en: www.decis.gob.ar

ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, ejecutado por la Dirección Nacional Materno Infantil, y el Área de Salud Reproductiva Materno y Perinatal.

Con la implementación del PNSSyPR, el sistema de salud se vio impulsado por la nueva visión legislativa a incorporar un abordaje que incluyera los derechos sexuales y reproductivos. Diversos profesionales de la salud tuvieron que incorporar y transmitir el derecho de las personas a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear (o no), de decidir cuándo tener hijos, con quién y con qué frecuencia, con el objetivo de lograr la disminución de las desigualdades que afectan a la salud sexual y reproductiva de la población. De esta forma el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable estableció cuatro estrategias de abordaje: articulación entre el programa y las jurisdicciones provinciales; aseguramiento de insumos anticonceptivos; capacitar a los recursos humanos; difusión de los derechos sexuales y reproductivos. (CoNDeRS, 2012)

2.1.1 Articulación entre el programa y las provincias.

Teniendo en cuenta que Argentina es un país federal, las provincias pueden optar por adherir a la Ley Nacional o sancionar sus propias leyes. Si bien el PNSSyPR establece que la articulación entre nación y provincia contemple las particularidades territoriales sin perder de vista el carácter organizador del Ministerio de Salud de la Nación, la falta de monitoreo de la misma, es un gran obstáculo en la implementación del programa, ya que se produjo de forma dispar.

Veinte provincias argentinas ya habían establecido algún tipo de política en relación a la sexualidad y reproducción antes de la sanción de la ley, quedando solamente Formosa, San Juan y Tucumán sin legislación. Esta forma de implementación dispar, trajo como consecuencia que en las provincias que tienen los mayores índices de mortalidad materna y embarazo adolescente (Chaco, Formosa, Misiones, Catamarca), se produzca una falta de claridad en términos de política pública provincial.

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva está librado al arbitrio de la voluntad de los poderes ejecutivos locales, incumpliendo el Estado Nacional su obligación de

garantizar los derechos humanos de toda la población. La falta de monitoreo en la implementación a nivel regional, por parte del gobierno federal, no es el único obstáculo que se advierte. Otros problemas relativos a la rectoría del Ministerio Nacional en relación a su implementación también incluyen: la falta de regulación de la figura de la objeción de conciencia, de rendición de cuentas sobre las asignaciones presupuestarias y los niveles de ejecución, de implementación de la guía de atención de aborto no punible, debilidades estructurales en la implementación del programa de atención postaborto, e irregularidades en la distribución y provisión de varios de los MACs incluidos en el programa. (CoNDeRS, 2012)

2.1.2 Acceso y distribución de los métodos anticonceptivos.

El Programa Nacional busca garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para toda la población a través de la entrega de anticonceptivos de forma gratuita en todos los centros de salud y hospitales públicos. En ese marco, desde el año 2003 se distribuye los MACs (anticoncepción hormonal oral, inyectable y de lactancia, DIU y preservativos masculinos, entre otros) a través del Plan Remediar que tiene periodicidad bimensual. Estos métodos anticonceptivos fueron incluidos en el año 2004 en el Plan Médico Obligatorio⁹, lo que significa, que desde entonces obras sociales y prepagas están obligadas a garantizarlos a sus afiliadas/os sin cargo. (CoNDeRS, 2012)

Se establece también que la anticoncepción será prescrita y suministrada por demanda de las/os usuarios y sobre la base de estudios previos. Se realizaron relevamientos y los datos estimativos de cada método por provincia, quedando determinada la distribución de acuerdo a las cantidades solicitadas por cada jurisdicción. Esta situación trajo aparejada la dependencia de los/as usuarias hacia el sistema médico para todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los preservativos, ya que se condiciona la entrega a la presentación de receta médica y a través del centro de salud. Se puede afirmar que en términos generales, “el Plan Remediar privilegia una

⁹ Es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. Las obras sociales y prepagas deben brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

modalidad de control sobre la provisión de los insumos y desalienta la consulta¹⁰”. (Bianco, et. Al., 2010, pág. 10) Los anticonceptivos que se autorizan por el programa, son aquellos reversibles, no abortivos y transitorios, y serán otorgados respetando los criterios, convicciones y necesidades de las/os destinatarios.

En el año 2006 se sanciona la Ley Nacional N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica¹¹, que garantiza el acceso a la ligadura de trompas y la vasectomía, estos métodos se incorporan como métodos anticonceptivos permanentes a los que se tiene derecho sin restricciones, a partir de la mayoría de edad tanto para varones, como para mujeres. La ley establece la prohibición de esta práctica a los profesionales que ejerzan la medicina y realicen intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin el consentimiento informado del/ la paciente (capaz y mayor de edad) o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces.

Sí bien, la anticoncepción quirúrgica se convirtió en un derecho para todas las personas, desde el 2006 continúa teniendo grandes problemas de acceso: se les exige a las mujeres requisitos que la ley no plantea, ni prescribe, como autorizaciones de sus parejas, límites etarios, informes psicológicos y análisis pre- quirúrgicos (que demoran meses) o que tengan determinado número

¹⁰ La distribución a través de RemediAR: “Si bien por un lado es un mecanismo efectivo que garantiza la universalidad de la distribución (en tanto evita la discrecionalidad de la distribución por parte del programa provincial o municipal, cambia un poco la lógica del PNSSyPR. En efecto, el REMEDIAR distribuye medicamentos y por lo tanto sigue los esquemas de los criterios médico-hegemónicos y administrativo contables, de estar altamente formalizado y controlado – formularios, entrega con recetas, presentación del DNI, retiro por farmacia – En cambio, el PNSSyPR debe seguir la lógica de la Atención Primaria de la Salud, en la cual muchos MAC debieran estar disponibles de manera más accesible y menos controlada”. La distribución del RemediAR afecta el enfoque de derechos propio de la atención de la SS y R. (Bianco, et. Al., 2010, pág. 10)

¹¹ Toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud (...) autorizadas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto en los casos cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquélla”. (Ley Nacional 26.130)

de hijos. Es de notable conocimiento el rechazo de los profesionales y de las autoridades de instituciones de salud a la realización de la práctica, a pesar de la creación y publicación de una guía sobre ligadura tubaria del Ministerio de Salud de la Nación en la cual se brinda toda la información necesaria y el marco legal correspondiente a la misma. (CoNDeRS, 2012)

En el año 2007 se emitió la resolución N° 232, la cual incorpora al programa la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), que compra y distribuye el Ministerio de Salud de la Nación. En los hechos, el acceso a este método se encuentra fuertemente obstaculizado. Por ejemplo no suele estar disponible las 24 horas y en algunas provincias (Salta, Mendoza y San Luis), hay profesionales que lo consideran abortivo y desalientan la demanda o incluso no la entregan. (CoNDeRS, 2012)

2.1.3 Recursos humanos calificados.

En los lineamientos del PNSSyPR se estableció una línea de asistencia técnica y acompañamiento a los equipos provinciales, coordinado con el programa REMEDIAR +REDES¹². A fin de realizar el monitoreo del uso de los insumos provistos se realizaron visitas de supervisión y asistencia técnica a las provincias de Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, Mendoza, Misiones, Salta y Santiago del Estero.

Paralelamente se elaboraron y distribuyeron diversas guías dirigidas a los equipos de salud con especificaciones sobre las obligaciones profesionales, y explicaciones sobre los circuitos administrativos del sistema. Algunas de estas son: “guía para un acceso sin barreras”; “tu cuerpo,

¹² El Programa REMEDIAR + REDES es un Proyecto pensado y creado para promover el fortalecimiento de dicha Estrategia. Desde esta perspectiva, propone fortalecer la capacidad de respuesta a nivel sanitario de las Redes de Salud y jerarquizar los Centros de Atención del Primer Nivel, como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud, con el objetivo de impulsar proyectos provinciales y proyectos locales participativos; fortalece la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención a través del envío de botiquines con medicamentos esenciales y otros insumos del Ministerio de salud, y promover la capacitación permanente de los recursos humanos en salud a partir de diferentes instancias formativas orientadas a la actualización de conocimientos de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención y de las Redes. (Ventura, Monsalvo, & Rodríguez Riccheri, 2006)

tu sexualidad y tus derechos”; “atención de los abortos no punibles”; “anticoncepción quirúrgica de varones y mujeres” y “guía de anticoncepción hormonal de emergencia”.

Con el objetivo de tener un alcance federal, el Consejo Asesor del PNSSyPR, buscó crear un espacio de diálogo y cooperación entre las autoridades del programa, integrantes de las Naciones Unidas, profesionales, asociaciones científicas, el sector educativo y ONG, a partir de análisis y debate conjunto para elaborar líneas de acción. Los Consejos no pudieron replicarse en las provincias, a pesar de que, en innumerables ocasiones, el movimiento de mujeres lo han solicitado. Se advirtió que durante los años 2009 y 2010, las áreas menos implementadas a nivel nacional fueron la de difusión del programa y las actividades de capacitación a las/os efectores de salud. (CoNDeRS, 2012)

2.1.4 Estrategias de comunicación y difusión de los derechos.

Las estrategias y prioridades en formación y comunicación, por una parte, se fueron modificando a lo largo de los años desde la creación del programa en 2003 hasta el 2011 inclusive. Durante los primeros años, se priorizó la actualización profesional, la capacitación en marcos legales y normativos, responsabilidades profesionales de los equipos de salud, enfoque de género, y tecnologías anticonceptivas dirigidas a operadores sanitarios y profesionales de la salud. También se desarrollaron acciones orientadas a acompañar los procesos de construcción de los programas de salud sexual en las diferentes provincias.

Para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, por parte de la población durante 2010 y 2011, se fortalecieron las acciones de promoción comunitaria, dirigidas a formar y capacitar promotores/as comunitarios/as, equipos de salud y otros actores sociales que trabajan con la comunidad en salud sexual y reproductiva. A su vez, se implementó una línea de asesoramiento y denuncia gratuita en todo el país -Línea de Salud Sexual 0800 222 3444-, que, si bien recibe consultas, su conocimiento y su uso por parte de las usuarias/os es insuficiente. Esta falta de información, se traslada también a los métodos y prácticas que se incorporaron después al programa (anticoncepción hormonal de emergencia y la ligadura tubaria). (Bianco, et. Al., 2010)

2.2 Interrupción legal del embarazo

El reconocimiento de la sexualidad y de la reproducción como derecho se inscribe en el marco de un proceso de transformación de la ciudadanía de la mujer, durante la década de los noventa y hasta mitad del 2000; aún con estos avances, el acceso de las mujeres al derecho por la libertad sobre su cuerpo solo es posible por dos causales según lo establece el artículo 86 (en sus incisos 1 y 2)¹³ del Código Penal de la Nación. En los casos de violación, el médico tratante, podrá solicitarla mediante la declaración jurada de la mujer y cuando sea sobre una mujer con alguna discapacidad cognitiva, se hará a través de un representante legal.; sin embargo, en la práctica, el acceso es complejo. Muchas de las víctimas de violación aun enfrentan graves dificultades para acceder, a pesar de estar contempladas dentro del permiso legal, muchos de los profesionales de los servicios públicos se niegan a realizar los abortos, ya sea por temor a ser perseguidos penalmente por delito, o por mala praxis, debido al desconocimiento de la regulación de este tipo de intervención. (CoNDeRS, 2012)

Las consecuencias de la obstaculización sistemática del acceso al aborto no punible, han provocado grandes daños físicos y psicológicos a las mujeres, incluso la muerte. Desde el 2007, el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante el “Programa de Mejoramiento de la Atención Post Aborto”, cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la nuevamente un embarazo no deseado, para lo cual se elaboró una “guía de mejoramiento de la atención post aborto”¹⁴ -aprobada por resolución ministerial N° 989/2005-, en donde se busca protocolizar el modelo para su aplicación en los servicios de salud y en las provincias. Estas últimas, pueden aplicarla directamente, adherir formalmente, o utilizar sus propios protocolos en tanto estén en consonancia con la misma.

¹³ Establece que en los casos de peligro para la salud de la mujer y no pueda ser evitado por otros medios (artículo 86, inciso 1°); cuando el embarazo sea producto de una violación (artículo 86, inciso 2°) y cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2°).

¹⁴ (...) en relación a los abortos inducidos, de acuerdo con diferentes estimaciones, en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones voluntarias de embarazos por año. Esto significa que se realiza al menos un aborto por cada dos nacimientos, en general en condiciones inseguras. (como se citó en Ministerio de Salud de la Nación, 2015)

Algunos de los puntos más interesantes que plantea la Guía son: respecto al equipo interdisciplinario, el cual debe brindar apoyo médico, social y psicológico, con el objetivo de profundizar la reflexión sobre causas que motivan el deseo de interrumpir la gestación. También, deben indagar acerca de la metodología que la mujer piensa utilizar para llevar a cabo su decisión. También, se deben realizar los estudios necesarios, y luego de la práctica, brindarle protección anticonceptiva inmediata con el fin de evitar un nuevo embarazo no deseado. Si bien la guía se encuentra disponible en la página del Ministerio de Salud de la Nación (MNS), la falta de voluntad política para su difusión e implementación, hace que su aplicación sea irregular.

Según el informe de Monitoreo Social y Exigibilidad sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina (2010), “en 6 de las provincias y municipios analizados (un tercio de los monitoreados), frente a esta situación el enfoque de los profesionales es de disuasión; y no se provee información preventiva de las complicaciones post abortivas”. (Bianco, et. Al., 2010, pág. 17) Si bien, la “guía de mejoramiento de la calidad de atención post aborto” recomienda la utilización de la técnica AMEU –aspiración manual endouterina- para el tratamiento de casos de aborto incompleto, profesionales entrevistados del Hospital Rawson de Córdoba indicaban (en 2010) que “es difícil la incorporación de técnicas nuevas a prácticas médicas establecidas, pero que se está trabajando en eso” (...) el informe sintetizó, que “continúa la existencia de trabas y prejuicios, además del desconocimiento de la guía ministerial aprobada desde el 2005. En aquellos casos en que esto no ocurre, igualmente se percibe una falta de criterios médicos claros que permiten establecer en qué casos debe aplicarse cada técnica específica¹⁵, y falta de capacitaciones gestionadas desde los programas que acerque esta información a los efectores de salud”. (Bianco, et. Al., 2010, págs. 17-18) La objeción de conciencia es uno de los temas controversiales que desató la ley, ya que se trata de una facultad que tienen los profesionales de abstenerse de intervenir en una práctica que contraría sus creencias o sus convicciones morales íntimas. El derecho a la objeción de conciencia está reconocido en la ley 25.673 que crea el PNSSyPR y en su reglamentación establece que debe poseer carácter individual, esto quiere decir que una institución sanitaria, no puede alegar la objeción de conciencia como tal, y por ende el derecho debe ser garantizado a través de otro profesional o derivado el caso a otra

¹⁵ Procedimientos quirúrgicos, AMEU.

institución. También señala que debe crearse un registro de objetores local- aunque esta decisión corresponde a cada jurisdicción provincial y no al Estado Nacional-.

Por último, la objeción de conciencia no afecta a terceros, es decir, un/a profesional no puede atender a una persona gestante, avanzar en la consulta o en estudios médicos para luego alegar objeción de conciencia. Sin embargo, en este último tiempo han ido en aumento las denuncias de las usuarias del servicio de salud hacia profesionales que alegan objeción de conciencia, justificando en su carácter de objetores, no brindar información, no derivar o en determinados casos, exigir requisitos que las leyes no determinan para dilatar el requerimiento. Lo que implica que las reiteradas prácticas de este tipo de situaciones estén siendo derivadas a la justicia, produciendo un aumento en la judicialización de los hechos.

2.3 La educación sexual integral

La educación en sexualidad y reproducción es otro de los objetivos previstos en la Ley N° 25.673; en concordancia con los objetivos de este programa, en el 2006 es promulgada la Ley Nacional N° 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI), donde se establece un marco legal y jurídico que plantea el tratamiento pedagógico de la sexualidad en las instituciones educativas exigiendo una adecuación curricular, transversal y obligatoria en todos los niveles de gestión estatal y privada, a excepción del nivel superior universitario.

La finalidad de esta ley es poder brindar herramientas de análisis e intervención en las escuelas, sustentada en un enfoque integral de la sexualidad, el respeto por la diversidad, el reconocimiento de los derechos y la promoción de la salud; garantizando el derecho de los/las estudiantes de todo el sistema educativo a recibir ESI. Esta ley, agrega que las acciones educativas se deberán llevar a cabo durante todo el ciclo lectivo para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, adaptando el mismo a su realidad sociocultural en el marco del respeto a su ideario institucional y las convicciones de sus miembros¹⁶. (Ley N° 26.150, 2006)

¹⁶ Artículos 1° y 5°.

El principal obstáculo, por un lado, es que a“pesar de los 12 años de vigencia de la ley, únicamente 14 provincias sancionaron leyes de educación sexual, pero aún en estas jurisdicciones existe resistencia para su efectiva implementación. De acuerdo a información del Ministerio de Educación Nacional -Programa “Aprender”-, 8 de cada 10 estudiantes han dicho que no reciben educación sexual en sus escuelas”. (Amnistía Internacional, 2018, Pág1.)

Las/os estudiantes se mostraron insatisfechos con el tipo de educación obtenida¹⁷, manifestaron que recibieron escasa o inadecuada información, y señalaron que el enfoque de la sexualidad fue principalmente biológico -información de UNICEF-. (Amnistía Internacional, 2018)

Por otra parte, según los docentes, no han tenido la capacitación necesaria para incluir los lineamientos de dicha ley, manifestando que no tienen la suficiente claridad en tanto a la adecuación curricular para lograr la integralidad de la nueva normativa, mientras que, por su parte, los estudiantes reclaman por el derecho a recibir educación sexual integral.

En lo que respecta a la ESI a nivel universitario, las instituciones de educación superior no están obligadas a impartir contenidos vinculados a la educación sexual integral, pero si lo están a propiciar un ámbito de formación inclusivo, respetuoso, que garantice los derechos humanos. Por eso a partir de la perspectiva de género, que es la perspectiva lineal y contenedora de la ESI, se podría interpretar que se ha empezado a aplicar en espacios muy concretos como espacios de formación, seminarios, actividades extensionistas y de investigación.

¹⁷ Según un informe de UNICEF de julio de este año, "la mayoría" de los estudiantes a nivel nacional asocian educación sexual integral únicamente con relaciones sexuales. Además, se mostraron insatisfechos con el tipo de educación obtenida y señalaron, particularmente, la escasez de información y la forma inadecuada de transmitirla. En esta misma línea, un informe de Libres del Sur y Mujeres de la Matria Latinoamericana (MuMaLa) en la Ciudad de Buenos Aires arrojó que el 31% de los 200 jóvenes encuestados no recibió educación sexual en la secundaria. El 69% restante la asoció, en mayor medida, con contenidos vinculados al funcionamiento del aparato reproductivo (95%), métodos anticonceptivos (94%) y prevención de enfermedades de transmisión sexual (92%) y dijeron que recibieron menos de dos horas de cátedra al año durante su secundario. Ver nota en Diario La Nación, del 1/09/17, por Stephanie Chernov. ¿Qué pasa con la Ley de Educación Sexual Integral?

Según Morales¹⁸ (2018), “(...) en muchas universidades del país el recorrido para empezar a implementar la perspectiva de género, es tomar consciencia que la educación sexual integral se inicia con los primeros momentos de formación de los sujetos, pero que la universidad tiene la responsabilidad de contener. No necesariamente en contenidos, pero sí en modalidades de aprendizaje, de desarrollo y de lo que es, la puesta en funcionamiento del ejercicio de prácticas pre-profesionales y profesionales, como pueden ser pasantías, actividades extensionistas en otros territorios que no sean en las aulas (...) a nivel institucional el mapa es muy diverso”.

En diferentes unidades académicas, se llevan a cabo propuestas de diversa intensidad: desde grupos de investigación que están pensando la ESI en el territorio a propuesta de extensión, o iniciativas de políticas que atraviesan a las facultades. En este sentido las “actividades si bien no están enfocadas directamente a trabajar la aplicación de la ESI, sí hacen a una cultura institucional que vaya desandando lógicas absolutamente naturalizadas como por ejemplo, la lógica de la invisibilización o el silenciamiento sobre estos temas en el aula, en las currículas, en las reuniones de cátedra, en los pasillos y en definitiva, en la vida institucional de las unidades académicas”. (Morales, 2018)

Según los planteamientos de Morales (2018), los docentes tienen el gran desafío de capacidad de escucha sobre las temáticas que hoy están demandando las/os estudiantes; se requiere que los docentes se apropien de los valores que plantea la ESI y sus principios fundantes por asumir una posición político-pedagógica, que actualice no solo las bibliografías, sino también, que se sitúe en el vínculo enseñanza aprendizaje de manera dialógica en sus espacios pedagógicos concretos, disputando las relaciones de poder que se dan en los territorios, y en cómo se forma al estudiante para entender los lenguajes en el ejercicio de esas relaciones de poder, sin estar reproduciendo la misma lógica del sexismo y de la discriminación por género.

¹⁸ Ver entrevista realizada a Paula Morales 18/11/2018 en el programa, Curiosos por naturaleza: ideología de género”.

2.4 El área general y particular de la política pública en salud sexual y reproductiva

Desde la Asamblea General de la OMS desarrollada en 1978, se plantea la necesidad de garantizar “la salud para todos en el año 2000”, esta propuesta requería de una estrategia distinta a la que se venía realizando, y para alcanzar esta meta, era necesario poner en acción una estrategia específica que se definió como Atención Primaria de la Salud (APS). A partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y como objetivo social por los organismos sanitarios internacionales, se propone a la APS como el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud pública y mejorar las condiciones de salud generales y particulares de cada región. (Declaración de Alma Ata, 1978)

En el marco social de la Declaración de Alma Ata (1978), se insiste en la importancia de una fuerte participación y autodeterminación de la comunidad, caracterizando el acceso de los servicios de salud como una política de ampliación de la cobertura, para resolver lo que en aquella época se llamó la crisis de accesibilidad. Principal signo de una crisis mayor que afectaba a los sistemas de salud.

En ese contexto, los servicios de salud estaban organizados con un enfoque centralista que había entrado en declive en los años '60, y en el cual, la APS promovió el progresivo fortalecimiento de unidades de servicios y de capacidades locales que posteriormente servirían de base a nuevos enfoques de políticas sociales -la APS es el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional-, que lleva los servicios de salud lo más cerca posible de los lugares en que viven y trabajan las personas, y que constituyen el primer elemento del proceso constante de cuidado de la salud. De esta manera, la APS se constituyó en una experiencia pionera del desarrollo de políticas en esta área, marcando el inicio de un cambio de paradigma en la práctica de salud pública. Es así, que los países que adhirieron a la declaración -entre ellos Argentina-, utilizaron esta estrategia como marco para el desarrollo de recursos humanos priorizando la promoción¹⁹ de la salud, reivindicando el carácter

¹⁹ Cuando hablamos de promoción, podemos mencionar que existen distintas perspectivas, por un lado, la perspectiva conservadora, que refuerza la tendencia de disminución de las responsabilidades del Estado, delegándole el cuidado a los individuos; y, por otro lado, la perspectiva progresista, que enfatiza que el Estado es quien se debe

anticipatorio y preventivo de la acción sanitaria, y desmercantilizando la salud pública. (DAA, 1978)

Según los aportes de Spinelli (2010) sobre concepto de campo -retomado de los aportes de Bourdieu- él define al “campo de la salud”, 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”. (p. 276) La caracterización que realiza Spinelli sobre el campo de la salud, nos permite comprender la dinámica de esta área de la política pública, donde se insertará la intervención desde el trabajo social.

En Argentina el campo de la salud se caracteriza por la complejidad, debido a la alta concentración de capital económico, los problemas de financiamiento, la corrupción, la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, las bajas capacidades de gestión, la falta de regulación en la formación de profesionales y la autonomía de los mismos.

Teniendo en cuenta lo anterior, Spinelli (2010) afirma que el nivel del gasto en salud de Argentina, no se condice con los indicadores de salud a nivel poblacional, ya que los modelos de atención del proceso salud-enfermedad generan desigualdades y exclusión al interior del propio campo. En esta dinámica, los sectores de bajos ingresos sin cobertura de la seguridad social, quedan a cargo del Estado ya sea a través de los hospitales públicos o del primer nivel de atención. Identificamos entonces, dentro del campo de la salud, el campo de la salud pública y dentro de éste, tres niveles de atención sometidos a normativas emanadas por las distintas jurisdicciones del Estado, ya sea nacional, provincial y municipal. (Spinelli,2010)

En lo que respecta a la Provincia de Córdoba, el campo de la salud pública, tiene como actor principal al Ministerio de Salud de Provincial, que configura un campo hacia su interior (como institución); en donde organiza tres grandes campos de atención de la salud: el campo de la

responsabilizar de forma intersectorial, elaborando políticas públicas para la mejora de la calidad de vida de la población.

atención primaria o 1° nivel, en donde ubicamos a la Dirección de Atención Primaria y los centros de salud, que dependen de la Municipalidad de Córdoba; el 2° nivel de atención, que abarca todos los hospitales generales de la provincia; y por último, el 3° nivel de atención que se ubica en hospitales especializados, o de alta complejidad.

Particularmente en lo que respecta al campo de las políticas públicas sobre la problemática, se va a situar el desarrollo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que, ante la crisis del sistema sanitario en 2002, surge como respuesta a las grandes desigualdades en las condiciones de acceso a la salud.

“El programa tiene como propósito, promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social, así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades, en el campo de la salud sexual.” (Ministerio de Salud de la Nación, 2017, pág. 1) en esa misma línea, y en concordancia con el programa, es que se lleva a cabo la estrategia de consejerías en salud sexual y salud reproductiva principalmente en el primer nivel de atención de la salud.

Si bien el modelo de atención en salud tradicional –centrado en el pensamiento clínico, los controles y la segmentación, tanto en la atención como en el abordaje de los pacientes- enfocado más en las necesidades que en los derechos, y con hegemonía de unas profesiones sobre otras, ha logrado grandes avances mejorando los indicadores de salud en el siglo pasado, se muestra insuficiente para enfrentar los retos de la atención de la salud sexual y la salud reproductiva en la actualidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). Por lo cual los equipos de salud se encuentran ante la necesidad de instrumentar formas de atención transformadoras, que aproximen a las personas usuarias al cumplimiento de sus derechos.

En este contexto complejo y novedoso, el reto es contribuir en la construcción de modelos de atención²⁰ que contemplen e incluyan subjetividades diversas, que promuevan la confianza en

²⁰ En este sentido estaríamos hablando del Soporte Paideia, el cual es una postura metodológica que busca reformular los tradicionales mecanismos de gestión. No se trata de una propuesta que busque suprimir otras funciones gerenciales, sino un modo complementario para realizar la coordinación, planificación, supervisión y evaluación del trabajo en equipo. En general, estas funciones son ejercidas con un importante grado de distancia entre los ejecutores de las funciones de gestión y los operadores de actividades finales.

lugar de la crítica, que no se opongan, sino que se integren en el trabajo de acompañar la construcción de autonomía de las personas, para su cuidado en relación con esferas tan íntimas de la vida, como es la sexualidad y reproducción. (Sousa Campos, 2005)

En el 2010 desde PNSSyPR, se elaboró un documento de trabajo sobre una “propuesta de diseño, organización e implementación de las consejerías en salud sexual y reproductiva” como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género. Esta se trata de un proceso de acción educativa dentro de un amplio proyecto de promoción de la salud²¹ que se enmarca en los derechos sexuales y reproductivos vigentes en la Argentina²².

El PNSSyPR a través de la propuesta de consejerías, busca reforzar los dispositivos con los que cuenta la APS, contribuyendo a fomentar la participación social y comunitaria mediante una estrategia de promoción y mejoramiento de los estándares de salud, a través del acceso gratuito, adecuado y a tiempo, a elecciones autónomas por parte de las usuarias/os. (MSN 2010)

Para el cumplimiento de sus fines, desde el Programa se establecieron líneas de acción relacionadas entre sí. Una de ellas es la consejería a través de los consultorios o centros de consejería -espacios donde se brinda información y atención personalizada, con horarios

En esta metodología de trabajo con grupos y equipos, se considera el Efecto Paideia como un proceso social y subjetivo en que las personas amplían su capacidad de buscar informaciones, de interpretarlas, buscando comprenderse a sí mismas, a los otros y al contexto, aumentando, en consecuencia, la posibilidad de accionar sobre estas relaciones. El Soporte parte de la presuposición que las funciones de gestión se ejercen entre sujetos, aunque con distintos grados de saber y de poder. (Sousa Campos, 2005)

²¹ Enmarcados en los lineamientos de Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud.

²² Ley nacional 26.130 “Anticoncepción quirúrgica”; Ley 26.485 “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales”; Ley 26.150 “Educación Sexual Integral (ESI)”; Ley 25.808 y Ley 25.273 “Derecho de las adolescentes embarazadas y adolescentes que son mamás o papás a continuar estudiando”; Ley 26.061 “Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, entre otras.

estipulados y a cargo de personas formadas-, puede brindarse en centros de salud, hospitales, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y de la sociedad civil.

Otra de sus líneas, es la oportunidad en la asistencia, tomando como base la consulta de las personas por otros temas, se promueve realizar una consejería en salud sexual. Es decir, se utiliza la estrategia de “consejo oportuno”, para incluir la consejería integral en salud sexual como parte del proceso de atención a la mujer y el varón en edad reproductiva.

La comunicación y difusión del espacio se promueve a través de folletos, cartillas, afiches, radioteatros, videos, y recursos de las redes sociales como Blogs y Facebook. Estos recursos sirven de disparador para iniciar la consejería, o de apoyo en las acciones educativas; los cuales pueden ser producidos en ámbitos comunitarios, equipos de salud, o provistos por los programas estatales de salud sexual y reproductiva. Buscando generar acciones educativas con diversos grupos desde una perspectiva de educación popular; las mismas pueden ser realizadas por el mismo equipo que brinda la consejería en forma directa o en articulación con otros actores del territorio, que pueden ser instituciones públicas o de la sociedad civil.

Las consejerías integrales en salud sexual y reproductiva son un dispositivo en donde se busca que el abordaje sea interdisciplinario, que esté constituido por un equipo de trabajo conformados por diferentes profesionales²³, con el fin de tener un acceso integral a la problemática desde las distintas miradas y en forma coordinada; ya que desde esta perspectiva, no se centraría en una parte del cuerpo -el aparato reproductor-, sino en la totalidad de la persona -su historia de vida, sus necesidades, sus creencias- .

Se agrega también, la importancia de la multifactorialidad, porque la intervención debe atender a los diversos factores que influyen en esa usuaria/o: Situación económica, socio-cultural, educativa, de vínculos familiares y comunitarios, y la realidad concreta por la que esta atravesando. Esta propuesta fue tomada y reformulada de la experiencia Uruguay²⁴; si bien la

²³ Psicología, psicología social, trabajo social, sociología, antropología, derecho, educación, etc.

²⁴ Ver informe del Dr. Anibal Faúndes “Reducción de la mortalidad materna mediante la prevención del aborto inseguro: La experiencia del Uruguay”. Tomado por Página 12 el 04/01/2017.

formación a los equipos de salud para su real implementación fue satisfactoria, únicamente se llevaron a la práctica en aquellas instituciones donde hubo profesionales interesados en aplicarlas²⁵, lo cual recorta el alcance de una política que debería implementarse en todo el territorio nacional (Bianco, et. Al., 2010)

La importancia social del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el valor del compromiso político que asumió el Estado en el campo de la salud pública es innegable, siendo los resultados del impacto del Programa sobre la población, los que evidenciaron el efecto de este tipo de política (Levín, 2010).

La mortalidad materna por aborto en el año 2002 era de un 31% para el año 2003 esa cifra se redujo en un 27%; los embarazos adolescentes entre 2002 y 2003 descendieron del 14,6% al 13,6%; la cobertura nacional del programa supero las 1.550.000 de personas. El consenso político democrático logró grandes beneficios a favor de salud sexual y reproductiva, no obstante, la lucha y reclamos del movimiento feminista sigue su curso, y un ejemplo de ello, es el reclamo por el aborto seguro, gratuito y legal²⁶. (Bianco, et. Al., 2010)

Allí se destaca que en el país vecino el aborto pasó de provocar el 37,5 por ciento de las muertes maternas en el período 2001-2005 a solo el 8,1 por ciento en 2011-2015. Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa uruguaya de fallecimientos vinculados a embarazo, parto, puerperio y aborto es la más baja de América Latina y el Caribe, con 14 muertes cada 100.000 nacidos vivos. El informe del International Journal of Gynecology and Obstetrics precisa que de acuerdo a las estimaciones de la OMS para 2015, Uruguay redujo la mortalidad materna en 59,5 por ciento en los últimos 25 años, con un promedio anual de descenso de 3,7 por ciento. (Página 12, 2017)

²⁵ Un ejemplo de ello, es la experiencias de consejería que se implementa en el Centro de Salud N° 69 del Barrio Carcano, que se replica en el territorio, articulando con distintos actores del sistema de salud, instituciones educativas de la zona y la universidad a partir de prácticas extensionistas o pre profesionales que se vienen llevando a cabo hace más de 6 años.

²⁶ Desde hace 20 años el aborto inseguro es la principal causa de muerte directa en mortalidad materna siendo un cuarto de estas muertes mujeres de escasos recursos y muy jóvenes.

2.5 Legislación y cuerpos normativos vigentes significativos en torno a la problemática

Cuando pensamos el dispositivo de consejería en salud sexual y reproductiva, partimos de un enfoque de género y perspectiva de derechos, donde se deben considerar a los sujetos insertos en un contexto cultural y social determinado. El enfoque de género se construye visibilizando y dando cuentas de las desigualdades entre personas -en su mayoría mujeres, personas con identidad de género y orientaciones sexuales disidentes a la heteronormativa-, envueltas en relaciones de poder y mandatos sociales hegemónicos; los cuales también involucran a los varones que responden a una imagen estereotipada de masculinidad.

Este abordaje tiene en cuenta las desigualdades existentes entre las personas por su género y su orientación sexual, producto de la persistencia de relaciones de poder y los mandatos sociales “en el trabajo de consejería es importante tener en cuenta que las desigualdades de género están naturalizadas y dejan en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres y a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes. Estas construcciones de género afectan gravemente a las mujeres, sometiéndolas a situaciones de violencia que dificultan su autonomía y posibilidades de autodeterminación especialmente en relación con sus cuerpos”. (Ministerio de Salud de la Nación y Desarrollo social, 2018, pág. 10).

También, la perspectiva de derecho direcciona la consulta hacia el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sexuales²⁷ y los derechos reproductivos²⁸ de las personas, siendo ambas miradas, el marco práctico y legal desde las cuales se deben desarrollar las tareas del equipo de salud de la consejería. En estas se deben promover un espacio en donde se respete el nombre elegido por cada persona, formulándose preguntas amplias y que no estereotipen o den por sentado la heterosexualidad; también, identificar posibles situaciones de abuso y/o violencia

²⁷ Los derechos sexuales, hacen referencia al disfrute y ejercicio de la sexualidad en forma libre y plena, sin sufrir violencia ni abuso sexual, y además evitar los riesgos de transmisión de enfermedades.

²⁸ Los derechos reproductivos, se consideran como la posibilidad de decidir autónomamente y sin ningún tipo de discriminación en torno a la decisión sobre la procreación, o no, el momento de hacerlo, cuántos hijos, con quien tenerlos, como así también la distancia de tiempo entre nacimientos, entre otras.

sexual, facilitando la escucha sobre las distintas inquietudes, temores y obstáculos con que se presentan las/os usuarios que acuden a la consejería. (Ministerio de Salud de la Nación, 2015)

Los derechos sexuales y derechos reproductivos, son derechos considerados derechos humanos básicos, y a su vez, se dirigen a mujeres y hombres indistintamente por la edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual o religión. Están en el mismo rango o jerarquía que aquellos derechos contemplados a nivel internacional, como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los cuales están directamente relacionados. En este sentido estos derechos están reconocidos en diferentes instrumentos legales²⁹. (Ministerio de Salud de la Nación, 2015)

Con respecto al marco legal que engloba las principales leyes nacionales, en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos, son:

- Ley N° 25.673 (2002) y su Decreto Reglamentario N°1282/2003; Ley N° 26.130 (2006) Anticoncepción Quirúrgica;
- Ley N° 26.485 (2009) Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en los que desarrollen sus Relaciones Interpersonales;
- Ley N° 26.150 (2006) Educación Sexual Integral (ESI),
- Ley 25.808 (2003) de Modificación del art. 1 de la Ley N° 25. 485 De prohibición en establecimientos de educación pública de impedir la prosecución normal de los estudios a alumnas embarazadas o madres en periodo de lactancia y Ley N° 25.273 (2000) Régimen Especial de Inasistencias Justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen los ciclos de Enseñanza General Básica, Polimodal y Superior No Universitaria en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal;
- Ley N° 26.061 (2005) Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes;

²⁹ Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, Declaraciones y Conferencias internacionales, como así también, Leyes Nacionales, Leyes Provinciales y Decretos.

- Ley N° 23.798 (1990) Ley Nacional de Sida;
- Ley N° 26.529 (2009) Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado;
- Artículo 86 del Código Penal, para abortos legales (no punibles); Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación, Atención post aborto;
- Ley N° 26.862 (2013) de Fertilización asistida;
- Ley N° 25929 (2004) de Parto humanizado;
- Ley N° 26.743 (2012) Ley de Identidad de Género;
- Ley N° 26.618 (2010) Matrimonio igualitario;
- Ley N° 26.378 (2008) Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad.

Retomando los apartados anteriores, se puede destacar que el campo de las políticas públicas es dinámico y también es una arena de contienda de luchas discursivas sobre las necesidades. Aún las políticas más progresistas, universales, e inclusivas, que sean capaces de garantizar de manera integral los derechos expresados y explicitados, se ven sometidas a reinterpretaciones, a cambios paradigmáticos, a vaivenes políticos, presupuestarios y/o administrativos, en las diferentes gestiones gubernamentales y niveles jurisdiccionales.

La discusión es que, por detrás de los programas, planes y proyectos, existen necesidades que fueron reconocidas como derechos sociales y que hoy se constituyen -como es el caso de los derechos sexuales y derechos reproductivos- en un desafío tanto en su implementación, como en su efectivización como tal.

Capítulo III: El abordaje de la salud sexual en las políticas estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba.

3.1 Programa de Consejerías en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Extensión de la UNC

La Universidad Nacional de Córdoba (UNC) en 2008, creó el “Programa de Consejerías en Derechos Sexuales y Reproductivos”, coordinado por el Programa de Género dependiente de la Secretaría de Extensión Universitaria. Su origen estuvo en 2007, cuando el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, invitó a la Universidad a trabajar de forma conjunta para la reducción de la morbilidad materna y perinatal, que derivó luego en la creación del programa al año siguiente.

Esa articulación y compromiso entre las dos instituciones fue el puntapié de una política pública que incluye organismos del Estado y de la sociedad civil, articulados por el área de Extensión Universitaria y enmarcados en la demanda de participación concreta que la Ley N° 26.673 y Ley N° 26.150 establece (Unidad Central de Políticas de Género-UNC, 2019), promoviendo desde la universidad la aplicación del dispositivo de consejería “como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derecho y género”. (MSN, 2010, pág. 7)

Este programa tuvo una impronta de profundo compromiso extensionista, al “extender a la comunidad los conocimientos producidos en la universidad, que combina saberes, sensibilidades y prácticas singulares”. (UCPG-UNC, 2019, pág. 7) Las consejerías son también, oportunidades de promoción y educación para la salud, es por ello, que estas se enmarcan en la misma línea del PNSSyPR, en un modelo de atención que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, acerca del ejercicio de su sexualidad y del cuidado de su cuerpo, como así también, de la salud en relación con su función reproductiva.

En este marco, el objetivo del programa fue acercar información calificada a todas aquellas personas que lo requieran, en especial a mujeres, jóvenes e integrantes del colectivo LGBTIQ+. Por consiguiente, las acciones que impulsa la universidad desde el programa, son llevadas a cabo

por estudiantes de distintas carreras de grado como: trabajo social, psicología, medicina, enfermería y nutrición, que reciben previamente formación específica en la temática y que están capacitada/os para reconocer los alcances de los derechos sexuales y derechos reproductivos, logrando identificar las necesidades concretas y compartir respuestas responsables en espacios de diálogo horizontal y confidencial.

El propósito que tienen el programa, (...) “Además de sensibilizar e informar a las comunidades locales, se pretende generar, en el nivel de la formación de grado, experiencias de abordajes interdisciplinario de la salud con perspectiva de derechos y género”. Reconociendo que la salud sexual y reproductiva necesita una formación específica. (UCPG-UNC, 2019, pág. 12)

En resumen, las consejerías desarrolladas por el área de Extensión Universitaria de la UNC, son procesos de formación específica y de acción educativa, en un amplio proyecto de promoción de la salud, basados en los derechos sexuales y reproductivos, vigente en los marcos normativos de la Argentina.

3.2 Programa de consejerías en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Universidad Nacional de Córdoba

Desde 1968, la Universidad Nacional de Córdoba, cuenta con una Dirección de Salud dependiente de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE), que se enmarca como un centro de atención primaria de la salud destinado a las/os estudiantes de las distintas unidades académicas, con el objetivo de “conocer el estado de salud integral de los estudiantes e impulsar prácticas saludables”. (Secretaría de Asuntos Estudiantiles, 2016, pág. 13)

Desde su perspectiva de salud, apunta “a mejorar la calidad de vida del estudiante universitario, mediante acciones que generen cambios de estilo de vida, controles de VIH, trastornos alimentarios, rehabilitación y recuperación de la salud, entre otros”. (SAE-UNC, 2016, pág. 13)

La Dirección de Salud de la SAE, diseñó e implementó iniciativas vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos, en donde los estudiantes cuentan con las consejerías del Programa de Lucha Contra el VIH/SIDA e ITS de la UNC, el cual es un espacio accesible y gratuito, donde se brinda atención e información sobre infecciones de transmisión sexual, y derechos sexuales y reproductivos. Creado en 2008, siguiendo los lineamientos de articulación entre el Ministerio de Salud y la Universidad, dependiendo en esta oportunidad de la SAE-UNC, ya que es un programa destinado principalmente a estudiantes universitarios.

La Dra. Bibiana Clariá (2019), plantea que “sobre las ITS hay muy poca concientización”, como así también, que se percibe un uso irregular del preservativo y dificultad para negociar por parte de las mujeres, la implementación del mismo en la práctica sexual. Además de la falta de información clara y precisa, o información errónea en cuanto a las ITS que reproduce mitos vinculados a las mismas, terminan siendo tan riesgosa para la salud sexual, como la ausencia del preservativo. Esto está íntimamente ligado con las dificultades que se les presenta a las/os jóvenes, para acceder a las consejerías, como también a espacios y registros específicos para la población LGBTQI+. (Como se citó UCPG-UNC; 2019, pág. 58)

En este contexto la labor de la SAE a través de éste programa, tienen como objetivo principal de las consejerías, promover la difusión de información en tanto que la misma posibilite un acceso igualitario a los derechos sexuales y reproductivos, orientando su trabajo a sensibilizar a las/os estudiantes sobre esos derechos desde una perspectiva de género; ya que el programa “parte de la idea de que para poder hacer valer tus derechos, primero hay que conocerlos”. (UCPG-UNC, 2019, pág. 58)

Entre las acciones de prevención que realiza el Programa de Lucha Contra el VIH/SIDA e ITS, éste ofrece la posibilidad de la realización de análisis preventivos de infecciones de transmisión sexual de manera gratuita, voluntaria y confidencial. A diferencia de lo que ocurre en otros espacios de consejerías ubicados en centros de salud municipales y escuelas, las consejerías del Programa se realizan tanto en un box/consultorio ubicado en la Dirección de Salud de la SAE, en diferentes lugares de Ciudad Universitaria -comedor universitario, plazas secas, espacios verdes, facultades, etc.-, o en grandes eventos, como la “Muestra de Carreras” o recitales gratuitos, que organiza la universidad y que reúne a gran cantidad de estudiantes.

Desde el 2008 en la Dirección de Salud de la SAE, se implementó la realización de testeos gratuitos para detectar el VIH, y visitas a todas las facultades de la UNC, para presentar el programa, diseñar estrategias de colaboración y entrega de folletería, cartelería, dispenser y preservativos, además de la realización de campañas de vacunación.

En relación a lo anterior, solo en 2018 se entregaron 47.000 folletos sobre ITS y 50.400 preservativos a estudiantes de forma gratuita; vale aclarar, que no en todas las facultades están instaladas las estrategias implementadas por el Programa, ya que depende de la articulación que se dé entre la coordinación de éste y, las conducciones de los centros de estudiantes y de la SAE de cada Facultad -en relación a las prioridades que estos actores le dan al tema en el interior de las unidades académicas-.

En lo que respecta a la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), al estar la consejería desarrollando acciones hacia el interior de la misma, se articula con el Programa de Lucha contra el VIH e ITS-UNC en todo lo relacionado a gestiones de preservativos y folletería, como también, se realiza derivaciones de estudiantes de la UNC que en los test rápidos hayan dado reactivo (+), ya que el programa cuenta con laboratorio en donde se pueden realizar los exámenes convencionales de serología y constatar los resultados.

Para finalizar, es de suma importancia el aporte de las acciones que realiza la universidad en tanto institución pública, gratuita y laica, con los diferentes programas que está implementando desde el 2008. Asumiendo el compromiso social que refuerzan en sus artículos las diferentes normativas y políticas públicas respecto a la promoción de acciones para fomentar relaciones equitativas e igualitarias entre los géneros. Además de garantizar con la estrategia del dispositivo de consejerías, el pleno respeto a la integridad de las personas y el ejercicio de los derechos, en sus acciones destinadas al a promover la salud en la comunidad de diferentes municipios de la Ciudad de Córdoba, como así también, aquellas para sus estudiantes.

3.3 El espacio de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en la Escuela de Trabajo

Social: el origen de la iniciativa

El espacio de Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Ciencias Sociales, funciona desde el año 2015 de forma continua, y se trata de una propuesta centrada en brindar información y atención personalizada, con horarios estipulados y a cargo de personas formadas; en una institución educativa y con posibilidad de entrega de métodos anticonceptivos, preservativos, y realización de test rápidos de VIH y sífilis.

Inicialmente, fue una propuesta de la cátedra de “Salud y Políticas Públicas” y del “Seminario de Género”, presentada el 26 de junio del 2013 a la Secretaría Académica de la ex Escuela de Trabajo Social que dependía de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UNC, a raíz de una serie de hechos que movilizó a la institución:

- Las denuncias reiteradas en 2007 de estudiantes del curso introductorio hacia un profesor por acoso sexual;
- El asesinato de una estudiante de la licenciatura en trabajo social en manos de su pareja - Paola Sosa (2008)-;
- La violación seguida de un embarazo no deseado de una estudiante en 2011 luego de una actividad cultural en las instalaciones de Ciudad Universitaria;
- Las altas tasas de estudiantes de la carrera de trabajo social que reconocieron haber sufrido violencia de género en el marco de una investigación que se llevó a cabo por el equipo del seminario de género durante el 2010-2012 –“Violencia de género, una realidad en la universidad”-;
- Las demandas de estudiantes a la cátedra de salud y políticas públicas vinculada a: asesoramiento y acceso a métodos anticonceptivos; infecciones de transmisión sexual; situaciones de embarazo³⁰, parto y puerperio o situaciones de aborto no punible³¹

³⁰ Que traía aparejadas situaciones de deserción o retraso en los programas de estudio.

³¹ Que ponen a las estudiantes gestantes en riesgos de morbilidad materna.

Todos estos acontecimientos interpelaron y movilizaron a los diferentes actores, y se presentó ante el Honorable Consejo Académico Consultivo de la ex Escuela de Trabajo Social (HCACETS), por parte de las/os docentes de las cátedras antes mencionadas, la propuesta de “Consejerías en Violencia y Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de la ETS”. Los fundamentos de la misma se encontraron en el crecimiento del número de demandas de estudiantes relacionadas a las problemáticas mencionadas y el encuadre institucional que se consideró, fue el de las consejerías como el más pertinente.

Lo que se dispuso desde el HCACETS, era que fueran los docentes que presentaron la propuesta, las/os encargados de la coordinación y la puesta en marcha de la consejería. Como iniciativa, las primeras acciones que se llevaron a cabo desde éste proyecto fueron de índole académico y de formación.

En 2014 se incluyó a la oferta académica de cursos libres y seminarios de formación específica de la carrera, el dictado del “seminario de género” y, el seminario de extensión y curso libre “intervención profesional en consejerías en salud sexual y reproductiva”; éste último, tuvo la intención inicial y puesta en práctica de llevar a cabo el seminario/curso libre en conjunto con la consejería, como una forma de articular una propuesta académica de formación con una instancia de prácticas pre profesional en el tema. Para ello la resolución N°108 del HCACETS, había considerado que, para llevar a cabo las consejerías, el proyecto dispusiera de un espacio y equipamiento básico donde se podía desarrollar la experiencia, brindando la posibilidad de privacidad y confidencialidad de la consulta.

En un primer momento las consejerías eran realizadas por las/os integrantes de la cátedra de salud y políticas públicas³² en el horario y espacio asignado por la institución³³ para las reuniones de equipo y clases de consultas de las/os estudiantes sobre contenidos de la materia; a

³² Profesionales de trabajo social, psicología y medicina, que se encontraban trabajando la temática en espacios extrauniversitarios.

³³ Box/aula 16 de la planta alta de la ex ETS, ahora Facultad de Ciencias Sociales.

su vez, también era un espacio compartido por docentes de otras cátedras, con la misma finalidad pero en horarios diferentes.

Cabe mencionar, que uno de los obstáculos que se observaba a comienzo de la implementación de la consejería en la institución, es que cuando había alguna consulta de la consejería, se debían demorar e inclusive postergar otras actividades - por ejemplo, las reuniones de equipo - o buscar otra aula/box que permitiera resolver las situaciones en paralelo.

Una de las primeras estrategias que desarrolló el equipo de la Consejería, fue la construcción de redes de articulación con efectores del primer nivel de atención para garantizar la cobertura necesaria de los métodos anticonceptivos solicitados por las estudiantes. Según la Directora del Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable, la Dra. Beatriz Fernández, “desde el Programa los métodos anticonceptivos se entregan en los botiquines del Remediar-CUS medicamento (...) y se entregan donde haya servicios de salud (en instancias de consejería no); y tiene que estar la atención y asistencia médica, porque es un medicamento”.³⁴

La consejería si bien se encuentra en una institución educativa, es a partir de las estrategias de articulación y acuerdos con actores extra universitarios, que los métodos anticonceptivos y preservativos, son provistos desde el botiquín de uno de los Centro de Salud de la Municipal de la Ciudad de Córdoba. A través de la red que los profesionales tejieron para la obtención de estos recursos -previo a la articulación con el Programa de Lucha contra el VIH e ITS- UNC-, teniendo como condición, la supervisión de los profesionales médicos que componen el equipo y que son a su vez, los responsables de rendir los materiales entregado al ex programa Remediar ahora CUS medicamentos.

³⁴ Ver anexo 1: Entrevista a la Dra. Beatriz Fernández, Directora del Programa Maternidad y Paternidad Responsable. 04-04-17, Hospital Misericordia.

En el 2do. Cuatrimestre de 2014 se comenzó a brindar de forma ininterrumpida el seminario de extensión³⁵ y curso libre³⁶: La intervención profesional en consejerías en salud sexual y reproductiva; éste ofrece la posibilidad de hacer prácticas pre profesionales en el ejercicio de las consejerías con la supervisión del equipo interdisciplinario que conforma la misma.

Es decir, las consejerías, por un lado, se enmarcaron como dispositivo de asistencia con un anclaje institucional en un tiempo y espacio disponible para los encuentros; y, por otro lado, como una oferta académica, enmarcada en los lineamientos de la ESI que permite una instancia de formación pre profesional en la temática. Si bien había una decisión política por parte de la institución al apoyar el proyecto, no así, recursos económicos; ya que la ETS se encontraba en un proceso de institucionalización de lo que posteriormente en 2015 fue la Facultad de Ciencias Sociales.

Al no haber un presupuesto destinado para la consejería, como estrategia para llevar adelante actividades masivas de sensibilización y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, se enmarcó la consejería dentro de la Secretaría de Extensión de la ETS, específicamente en el proyecto: “Mi cuerpo, mi decisión³⁷”, que contaba con una beca de la Secretaría de Extensión Universitaria. De esta forma se contaba con recursos económicos destinados a cubrir los gastos³⁸ de las actividades que se realizaban, y ayudantías que se requerían desde la consejería. Es a raíz de esta estrategia, que se comenzaron a incorporar a la oferta de la consejería las jornadas de testeo masivos y voluntarios de VIH/ SIDA e ITS; generando la ampliación del servicio, lo que significaba mayores posibilidades de prevención de las ITS, promoción de los derechos, y un mayor acercamiento de la población estudiantil.

³⁵ Abierto a la comunidad en general, con la intención de brindar una formación gratuita a todo profesional interesado en el tema

³⁶ Estableciendo una oferta académica para las y los estudiantes de la carrera de trabajo social, y carreras afines.

³⁷ Un proyecto vinculado principalmente a trabajar con mujeres y parto respetado.

³⁸ Gastos de refrigerio, librería, e insumos para la jornada de testeo, y pasajes de transporte de las ayudantes extensionistas.

Desde la aprobación del proyecto de consejerías en la Escuela de Trabajo social, el espacio es sostenido por el trabajo cooperativo que realiza el equipo docente quienes garantizan la continuidad y el acompañamiento de una práctica fundada, conjuntamente con profesionales que se encuentran en procesos de adscripciones a la cátedra, estudiantes en ayudantías del programa de extensión³⁹, y formación pre profesional.

En el 2016 las profesionales que estaban inscriptas como adscriptas a la cátedra, generaron una encuesta⁴⁰ auto-administrada y electrónica que se puso en funcionamiento desde el aula virtual de la Lic. En Trabajo Social. La iniciativa fue coordinada por el equipo docente para conocer aspectos del estudiantado y de describir la población estudiantil de la Lic. En trabajo social, en relación a sus prácticas y saberes sobre la salud sexual y reproductiva a partir de la indagación de 4 ejes:

- Sexualidad y métodos anticonceptivos;
- Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA;
- Violencia de género
- Consejerías.

Los resultados que llamaron la atención del equipo y que se expresaron en un primer informe⁴¹ presentado a la Dirección de la Carrera de la Lic. En Trabajo Social, fueron sobre las respuestas relacionadas a métodos anticonceptivos más utilizados, en donde ocuparon un cuarto lugar los “métodos naturales”, un dato preocupante teniendo en cuenta el nivel de instrucción de la población a la que se aplicó la encuesta – estudiantes universitarios-. En la misma línea, los resultados arrojaron que había un alto porcentaje de estudiantes que mantenían relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos, y sin especificar los motivos. (Costas; De Prado; Pruneda Paz, 2016, pág. 14)

³⁹ “Mujeres, Diversidad Sexual, Salud y Derechos”.

⁴⁰ A 394 estudiantes de los 5 años de la Lic. En Trabajo Social.

⁴¹ Ver anexo 2.

En cuanto a la accesibilidad de los métodos, se destacó que la mayoría de las estudiantes accedían por medios propios, sin acudir a la obra social o a programas de salud pública, lo cual podría deberse a la demora o burocratización de los diferentes dispositivos de atención de la salud para responder a la demanda.

Con respecto a las ITS – VIH/SIDA, se identificó un buen nivel de información en cuanto a las formas de prevención y transmisión de estas, no así a las características y especificidades del VIH.

El eje de violencia mostro datos alarmantes, por un lado, el relevamiento arrojó que el 63.5% de las/os encuestados consideraba que habían sido violentadas/os, y en un 35.2% que no. Con respecto a qué tipo de violencia habían sufrido, en primer lugar, se encontraba la violencia verbal, en segundo la violencia psicológica, en tercero violencia física, en cuarto la violencia sexual, y en quinto la violencia económica. Por otra parte, hubo un alto nivel de estudiantes que se percibieron como violentas/os, o que habían ejercido violencia.

Por último, en lo que hacía referencia al eje de consejerías, se indagó sobre los medios más conocidos para acceder a la información sobre la salud sexual y reproductiva, en primer lugar, se encontraban los centros de salud, en segundo internet, en tercero la universidad, en cuarto lugar, otras organizaciones, en quinto la familia, y por último el 0.3% respondió que no conocía ningún lugar para poder acceder a este tipo de información. Llamo la atención que, siendo una encuesta para estudiantes universitarios, solo 7.4% acude a la universidad para obtener servicios referidos a estos temas, siendo que existen ofertas en el ámbito universitario como los mencionados en el apartado anterior, de hecho, el 52.9% había respondido que no conocía el espacio de consejería que funcionaba en su propia unidad académica; y el 72,2% no conocía otras prestaciones en salud sexual en la UNC. En una primera lectura de los datos, las adscriptas concluyeron que esos porcentajes se podían deber a la dificultad en la difusión, visibilización y promoción de estos espacios.

Capítulo IV: La consejería en salud sexual y reproductiva en la Facultad de Ciencias Sociales y el rol del trabajo social

4.1 La intervención profesional del trabajo social

Cazzaniga (2001), aporta, en lo que respecta a la intervención desde el trabajo social, como una puesta en acto de un trabajo o acciones a partir de una demanda social en el marco de una especificidad profesional; en donde el análisis se refleja como un proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica- ideológica que sostenemos y de cómo esa visión se materializa en una acción con sentido.

La autora plantea que la intervención no es un episodio natural, sino una construcción artificial de un espacio- tiempo, de un momento que se construye desde la perspectiva de diferentes actores. En este sentido, es importante tener en cuenta lo que Carballeda (2005) denomina escenarios de intervención, estos son espacios cuya conformación trasciende límites predeterminados y generan diversas situaciones de diálogo entre territorio y contexto, es el espacio micro social donde se construye y desarrolla la intervención, en el cual vamos a encontrar diversos elementos que se expresan en él - las palabras, las representaciones sociales⁴², las representaciones institucionales, etc.- los cuales se vinculan con las políticas relacionadas en este caso, a los derechos sexuales y reproductivos o con el tema por el cual se está demandando.

Particularmente debemos tener en cuenta como otro elemento a analizar, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, que la misma sitúa a los profesionales frente a personas que en su gran mayoría se encuentran en la necesidad de tomar decisiones sobre un aspecto que involucra varias esferas de su vida -lo vincular, la sexualidad, la construcción de relaciones de género, de relaciones familiares y generacionales, las rutinas cotidianas, entre otras-. La intervención profesional dentro del espacio de las consejerías, se presenta como un instrumento de transformación, no solo de las circunstancias donde concretamente actúa el trabajo social, sino

⁴² Conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos comparten en relación con ellos mismos y con el mundo que los rodea

también como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas que surgen de distinta forma comprensiva-explicativa, no solo de los problemas sociales, sino de las instituciones en sí mismas.

En relación al trabajo con otras disciplinas en el campo de la salud sexual y reproductiva, al interior de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Ciencias Sociales (CSSyR -FCS) puede señalarse un trabajo multidisciplinario, observando que frente a una misma situación existen diferentes campos profesionales que iluminan una parte de la misma.

La CSSyR-FCS, está conformada por dos médicos generalistas, dos trabajadoras sociales y dos psicólogas y una estudiante de trabajo social-. Cuando intervenimos sobre problemas sociales, intervenimos sobre el padecimiento que los mismos generan, y esto implica un diálogo necesario entre las distintas disciplinas que intervienen. Se trata de articular conocimientos de los que se dispone en una u otra disciplina sobre diferentes dimensiones de la misma problemática. En cierto sentido, implica moverse desde una disciplina particular con su objeto y sus métodos propios a campos conceptuales diferentes para favorecer una articulación de prácticas sociales que den respuesta a las múltiples dimensiones de los problemas que se presenten. (Montaño, 2000)

La intervención del equipo profesional en la consejería, está dada tanto por las instancias de intercambio y construcción en espacios de reunión para lograr una visión compartida, como así también, cada una/o desde su propio quehacer profesional con la persona que consulta. De esta forma se genera diálogos de intercambios según la necesidad de las situaciones que se puedan presentar, un ejemplo de ello es que cuando esta requiera de un abordaje específicamente médico, serán los médicos generalistas (miembros del equipo de trabajo) quienes seguirán más de cerca la situación y le darán otro tipo de abordaje a la asistencia como sucede con demandas específicas de síntomas de alguna ITS.

4.2 Las y los jóvenes como sujetos de la intervención

Según los aportes de Parísí (2007) “Si bien, ninguna conceptualización que hagamos de los sujetos es neutra, sino que se sustenta en un marco teórico y también político, el trabajo social no

existe escindido de determinados sujetos portadores de problemas o necesidades que demandan de alguna intervención para su resolución”. (p.95) Es por ello que cuando constituimos o definimos al sujeto, debemos tomar una posición crítica y observante en cuanto a nuestros saberes y categorías teóricas para redefinir y resignificarlo, tanto en las prácticas como en las relaciones que construimos en la intervención. Es decir, cómo constituimos al otro, determina en gran medida las decisiones y estrategias que adoptamos para dar una respuesta concreta a sus demandas.

Es por eso que se parte desde una concepción de las/os jóvenes en la que se recupera el carácter de “productores, hacedores y no solo como productos, en donde las y los individuos, las relaciones sociales y organizaciones, aparecen en constante cambio”. (González, 2001, p.3)

Las juventudes como categoría teórica, son entendidas según Dávila (2004) como la “construcción social, histórica, cultural y relacional, que, a través de las diferentes épocas y procesos históricos y sociales, han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes” (pág.8). A partir de los esquemas compartidos en la socialización, las/os jóvenes construyen sus universos de sentidos, desarrollando sus prácticas y despliegues de mecanismos ante una realidad compleja y contradictoria. Las representaciones y asignación diferencial para varones y mujeres, prescriben y proscriben prácticas, deseos y expectativas que se materializan en el plano de la vida cotidiana, que es el escenario de reproducción de su existencia. (Dávila, 2014)

Desde la consejería y en la interacción con ese otro “jóvenes universitarios como sujetos productores, hacedores y dinámicos” se trabaja desde el modelo de reducción de riesgo y daño, buscando generar cambios en el interior de las instituciones interpelando a los sujetos de la intervención, y dando una respuesta oportuna con conocimiento fundamentado sobre el tema. Permitiendo reivindicar los derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de los derechos humanos internacionalmente reconocidos, y avanzando desde el discurso hacia la práctica concreta. Este modelo, permite hacer efectivo el derecho a la información, el derecho a la salud, y el concepto de autonomía, donde las/os jóvenes pueden contar con la información necesaria para la toma de decisiones informadas y, manejar adecuadamente su propia salud. (Stapff, 2011)

4.3 El objeto de intervención del trabajo social en las consejerías en salud sexual y reproductiva

Aquín (2009), dice el objeto de intervención del trabajo social se sitúa en la intersección de tres esferas: la reproducción cotidiana de la existencia; sujetos con dificultades; y la distribución secundaria del ingreso. Partiendo de esta categorización, es que podemos definir a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos como nuestro objeto de intervención, entendiendo que involucra estas tres esferas en la vida cotidiana de las/os jóvenes.

En tanto reproducción cotidiana de la existencia de las/os jóvenes, tiene implicancia en sus emociones y afectividad, como en sus relaciones personales e interpersonales, percepciones de sí mismos y de los demás, de sus cuerpos, sus hábitos, valores, etc. Ya que estos actúan desde sus posiciones genéricas, y es a partir de ellas que construyen su universo de sentidos.

En cuanto a las dificultades para la reproducción cotidiana de su existencia; estas se vinculan a las situaciones de opresión e injusticia que genera el sistema patriarcal a través de sus mandatos sociales y culturales, provocando dificultades y obstáculos tanto materiales, como simbólicos.

Por último, en relación a la distribución secundaria del ingreso, desde el 2003 está en marcha el PNSSyPR, que a lo largo de los años ha tenido distintos direccionamientos en la ejecución del programa; sin embargo, desde 2015 con el cambio de gestión del Gobierno Nacional, asistimos a una recesión y ajustes en términos de asignación y ejecución del presupuesto para políticas⁴³ públicas vinculadas a derechos sexuales y reproductivos, como así también a educación sexual integral. Imponiendo un límite en el acceso a las/os jóvenes a diferentes prestaciones en torno a la salud sexual y reproductiva, la cobertura del PNSSyPR se ha visto deteriorada al degradar el Ministerio de Salud de la Nación a una Secretaría dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, tanto en el suministro de insumos para el Programa, como en la formación

⁴³ Ver nota de Página 12 “de salud ni hablar” del 07/09/18.

de recursos humanos y en el control por parte del estado sobre las obras sociales y prepagas que deben garantizar determinadas prestaciones a través del PMO.

Ante éste panorama, Paz y Ramírez (2018), plantean que “es necesario fortalecer las organizaciones locales y globales y promover redes para el cuidado colectivo de la otra, del otro. Pero por sobre todo es imprescindible organizarse para construir poder y disputarlo a quienes pretenden despojarnos nuestra soberanía y la posibilidad de construir la sociedad equitativa y diversa que deseamos”. (pág.24)

La intervención realizada, pretendió fortalecer el lugar protagónico de los sujetos, aportando a la consolidación de la autonomía y la autoconstrucción de una identidad libre de prejuicios, de imposiciones sociales y culturales en relación al desarrollo de su sexualidad y su cuerpo, como también, a las relaciones y vínculos que construyen las/os jóvenes.

Es pertinente posicionarnos en el marco de la práctica pre profesional, como pares⁴⁴ socio-educadores iniciando procesos y/o facilitando condiciones para la reflexión individual y colectiva, fomentando los espacios de participación en la facultad, trabajando la prevención del cuidado del cuerpo y la salud; la promoción de los derechos sexuales y reproductivos; y problematizando el desigual acceso a la información, aportando a la creación conjunta de nuevos saberes.

De esta manera, la propuesta del dispositivo de consejería tiene su fundamentación en promoción de herramientas de empoderamiento de y para las/os jóvenes, para continuar con la construcción, circulación y apropiación de conocimientos ligados al campo problemático a abordar. Desde la práctica como profesionales del trabajo social, se deben disputar estos espacios en las instituciones tanto educativas como de salud, ya que constituye un desafío posible para la construcción de ciudadanía con las/os jóvenes.

⁴⁴ Entre estudiantes.

4.4 El espacio institucional de la práctica pre profesional: La emergencia de la FCS

En el 2016 se comenzó con el proceso “de normalización” de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), al concretarse la aprobación como Facultad a finales de 2015. Este proceso consistía en que la nueva institución vaya transitando una serie de pasos hasta llegar al punto culminé de la elección de sus autoridades por parte de un Consejo Directivo, constituido según el Estatuto de la UNC.

Ante esta situación, la nueva Facultad se constituye en la articulación de las diferentes instituciones que conformaron éste nuevo proyecto académico. Para ello se conforma una comisión integrada por representantes de la ETS, el Centro de Estudios Avanzados(CEA), y el Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP), con la finalidad de conformar una agenda en común sobre cuáles pueden ser los criterios de trabajo y ejes de articulación, que plantea como objetivo facilitar el proceso institucional.

Uno de los desafíos en el mediano plazo consistió en realizar un trabajo fuerte de integración, adecuando el funcionamiento del conjunto de la administración de las instituciones -ahora unificadas- con la constitución de nuevas áreas de gestión atendiendo a una estructura funcional preliminar en aumento, en función de las etapas de implementación de las nuevas carreras de Sociología y Ciencia Política. (Escuela de Trabajo Social; 2017).

El punto de partida de este estatus institucional, fue la fusión de tres unidades académicas que tienen historias e idiosincrasias propias, pero que juntas, generaron los consensos necesarios a partir de los cuales las interacciones, las particularidades y los procesos se fortalecieron y complementaron, para dar luz a una nueva unidad académica.

Teniendo en cuenta el contexto en el cual se conforma la FCS y la incorporación de nuevos actores institucionales, como así también, los resultados arrojados de la encuesta 2016 antes mencionada; desde el equipo de la CSSyR-FCS, se formularon las siguientes demandas en el marco de la práctica pre profesional:

- La visibilización de la consejería y sus acciones, como las de otros espacios de salud dentro del ámbito universitario.

- Brindar asistencia⁴⁵ en la consejería desde un diálogo horizontal y confidencial entre pares (estudiantes).
- Hacer un registro y sistematizar todas las consultas y actividades realizadas por la Consejería.

Respecto a esta última, era de fundamental importancia realizar una sistematización de las acciones que se venían llevando a cabo desde la consejería, ya que no había registro de cuántas demandas tenía el espacio; quiénes consultaban; cuántas estudiantes retiraban métodos anticonceptivos; etc. Era necesario contar con esta información, por un lado, para poder realizar los informes correspondientes para presentar en el programa de extensión, y por el otro, dar a conocer las acciones realizadas, la trayectoria, e importancia de la consejería para las/os estudiantes a los nuevos actores que conforman la FCS.

4.4.1 Características de la población estudiantil de la Facultad de Ciencias Sociales.

La Facultad de Ciencias Sociales en 2016 tenía una población estudiantil de 2581 estudiantes solamente de la Lic. En Trabajo Social, según el Boletín Anual de Datos Estadísticos de la UNC (2016). Las carreras de Sociología y Ciencia Política al implementarse ese mismo año, no se disponían de información oficial provista del Sistema Guarani⁴⁶, según lo consultado en la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la FCS, pero se estimaba que se encontraban cursando unos 400 ingresantes entre las dos carreras.

La evolución poblacional de la Lic. En Trabajo Social posee un crecimiento anual del 2%, con un promedio de unos 750 nuevos inscriptos cada año, y 190/200 egresados aproximadamente. En el periodo 2017, podríamos decir entonces que tuvo una población estimativa de 2634

⁴⁵ Previamente con una formación específica en el tema- para así poder reconocer los alcances de los derechos sexuales y derechos reproductivos, identificando las necesidades concretas.

⁴⁶ Es un sistema de gestión académica que registra y administra todas las actividades académicas de la Universidad y sus Facultades, desde que los alumnos ingresan como aspirantes hasta que obtienen el diploma

estudiantes de la Lic. En Trabajo Social, y unos 400 de las dos nuevas carreras, dando un total de 3034 estudiantes pertenecientes a la Facultad de Ciencias Sociales.

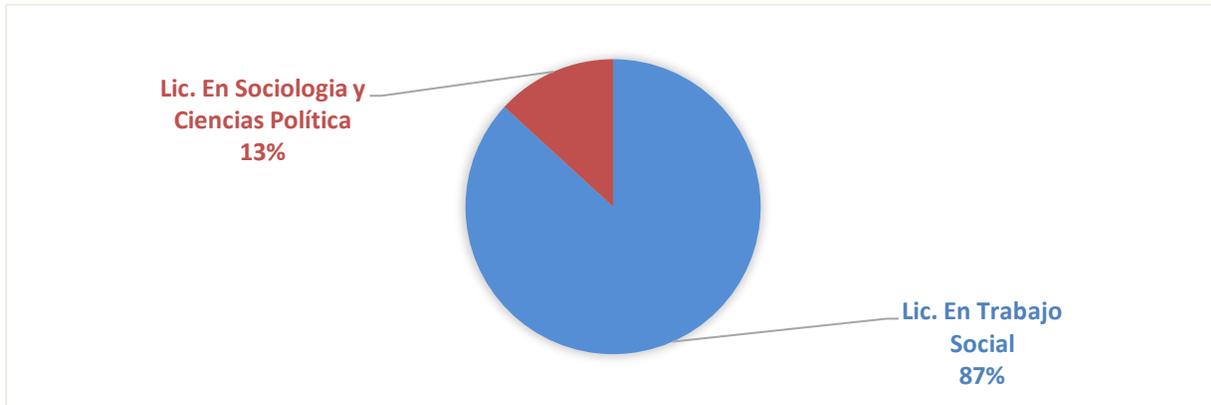


Gráfico 1: Muestra el porcentaje de estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales por carrera en 2017.

Teniendo en cuenta lo anterior, y que la población que asistía a la consejería eran estudiantes de Trabajo Social, se decidió caracterizar solamente esta parte poblacional y no su totalidad. De los datos oficiales del boletín anual (2016), en lo que respecta a la población estudiantil de la Lic. En Trabajo Social, sólo el 11,5% eran varones, y el 88,5 % mujeres; casi el mismo porcentaje se tenía en total de los nuevos inscriptos para ese año -de 740 estudiantes, 110 eran varones y 630 eran mujeres-.

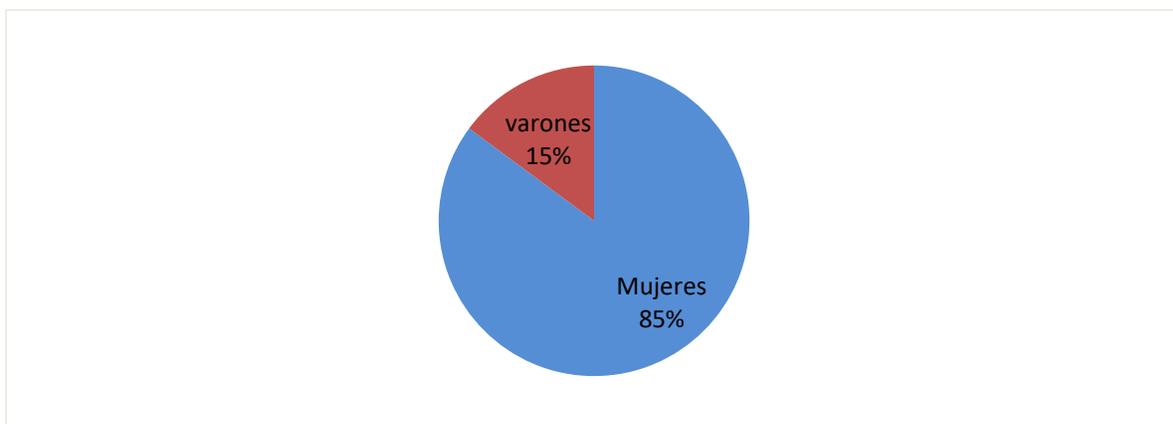


Gráfico 2: Muestra de la población estudiantil de la Lic. En Trabajo Social según el sexo en 2016.

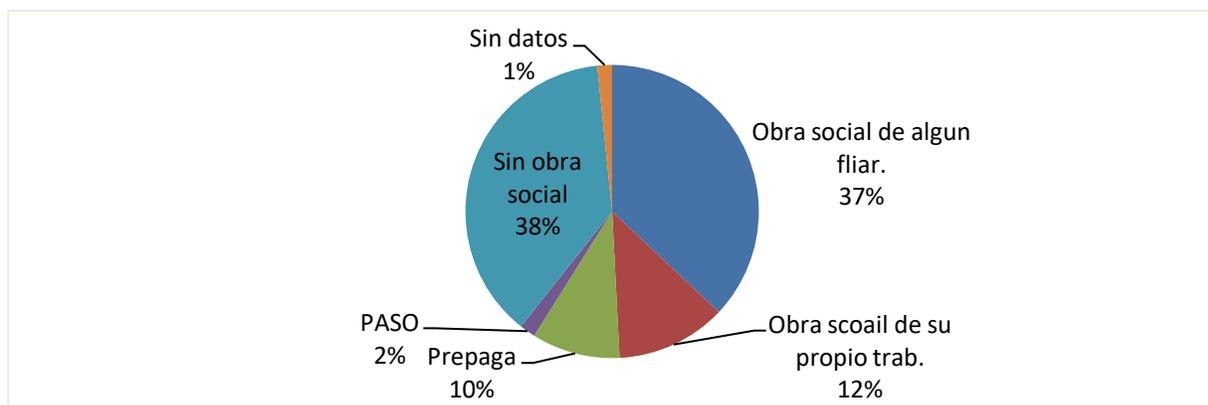
En relación al acceso a la salud de los estudiantes de la Lic. En trabajo social, del total 2581, tenían obra social proveniente de algún familiar 897 estudiantes; proveniente de su propio

trabajo 470; por afiliación voluntaria a alguna prepaga u obra social 257; otorgado por PASoS⁴⁷- UNC sólo 92 estudiantes, 724 estudiantes sin obra social y 141 sin datos. (Universidad Nacional de Córdoba, 2016)



Gráfico 3: Muestra el acceso a la salud del total de estudiantes de la Lic. En trabajo social en 2016.

En lo que respecta a las/os 740 ingresantes, solo poseen obra social proveniente de algún familiar 274; proveniente de su propio trabajo 90; afiliada/o voluntario a una prepaga u obra social 72, otorgada por la universidad –PASoS- 13; no tienen obra social 279; y no se tiene datos 12 estudiantes. Esto refleja que hay un alto porcentaje de estudiantes que no tienen acceso a una prestación de salud y dependen del sistema de salud público en un 38%. (UNC, 2016)



⁴⁷ Es un programa solidario destinado a la prevención y atención médica para todos los estudiantes de la UNC.

Gráfico 4: Muestra el acceso a la salud de los ingresantes a la Lic. En trabajo social en 2016.

4.5 Estrategias y alcances de la intervención profesional en consejerías en salud sexual y reproductiva de la Facultad de Ciencias Sociales

La construcción de estrategias de intervención favorecerá el proceso y proyecto de vida de los sujetos que se acercan al dispositivo, con el objetivo de que sean capaces de buscar por sí mismos lo que desean construir a partir de las fuerzas que disponen, apoyos móviles y poder visualizar las oportunidades (Falerios, 2003).

Las estrategias de intervención del trabajo social dentro de las consejerías se van construyendo en función de las diferentes situaciones de vulnerabilidad que atraviesan a los sujetos y buscan producir mejoras en la calidad de vida de los mismos. Así el accionar particular del trabajo social, se desarrolla partiendo de la situación e indagación de las historias de las/os jóvenes, en donde se analiza la articulación de recursos con los que cuenta, ya sean recursos materiales, simbólicos, y en relación a otros actores.

Debemos mirar a las demandas cotidianas que se presentan en la práctica, no solo como demandas del capital incorporadas en los sujetos, sino como conflictos sociales que se expresan por medio de solicitudes, que expresan, al mismo tiempo, necesidades humanas a partir del lugar de la exclusión, del sufrimiento, y de la supervivencia. (Faleiros, 2010)

Es fundamental indagar en el entramado de la demanda, ya que será la que nos permita construir una intervención con líneas de acción que abarquen aspectos que surgen de esta construcción. La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias en ese otro en el cual se interviene, por lo cual es preciso realizar una articulación combinada entre mediaciones de trayectorias y estrategias de acción de diferentes actores que se entrecruzarán en una conjunción de saberes y poderes. (Faleiros, 2003)

4.5.1 El registro como herramientas para la sistematización de la intervención.

La sistematización de la intervención, tuvo su eje articulador en la producción de saberes acerca de la propia práctica, su relación con ese otro/jóvenes, y de los procesos metodológicos e instrumentales probados y desarrollados en el ámbito profesional; recuperando e interrogando sobre lo ya hecho para mejorar futuras intervenciones.

Tomando la definición de Jara (1994) la sistematización de experiencias es: “aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo. (...) La esencia de la sistematización es la interpretación crítica para poder extraer aprendizajes que tengan una utilidad para el futuro” (pág. 22). Pero ¿Qué herramientas de registro utilizamos para poder sistematizar nuestro trabajo de campo?

María Pilar Fuentes (2001) nos plantea que, desde la perspectiva del trabajo social, apostamos a la centralidad del sujeto con quien se realiza la intervención y “entendemos este sujeto como una totalidad plena de historia, de cultura, de saberes, de potencialidades. No es una práctica individual, sino un tipo particular de práctica social. Se hace con otros, profesionales, usuarios, etc. y su acción repercute en otros”. (pág2)

Estas consideraciones son planteadas a fin de comprender por qué el proceso de conocimiento y su marco, la recolección de información en el trabajo de campo adquiere relevancia. “La posibilidad de que "el otro" de la práctica sea realmente incorporado en la resolución de sus problemas implica incluirlo desde el inicio del proceso con su perspectiva para la construcción y comprensión del objeto de intervención” (Fuentes, 2001; pág.2).

Entonces ¿de qué manera lo hacemos? ¿Cómo hacerlo sin tomar notas, registrar sus dichos, sus gestos, sus reflexiones? En términos de proceso metodológico, para Fuentes (2001) el diagnóstico es un momento de síntesis del conocimiento que se inicia en la inserción y fundamenta la problemática central que estructura el campo problemático de la intervención.

Desde esta perspectiva, es una instancia en la que se explicitan los nexos de la “cuestión social” relacionada a la satisfacción de las necesidades de los sujetos y que, a su vez, permite obtener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional.

“Lo fundamental en el trabajo diagnóstico no es hallar las regularidades o los procesos sociales que inciden sobre cada instancia social, sino a través de mediaciones particulares, estos procesos sociales inciden en estas instancias. La comprensión de las situaciones particulares de la práctica profesional se realiza desde una perspectiva teórica que es articuladora de la percepción de los sujetos”. (Fuentes 2001, pág. 2)

Es por eso que los registros deben cumplimentar determinadas características

- Calidad: donde se debe contemplar fielmente la manifestación de los hechos observados en cuanto a representaciones de los sujetos de la intervención.
- Riqueza: amplia y profunda cobertura de todas las actividades realizadas, de las significaciones que las/os jóvenes les asignaron y de las interpretaciones del profesional.
- Contabilidad: respetando el doble nivel de registro, es decir discriminando el registro textual y descriptivo de las evaluaciones personales; explicitando en cada caso la situación de contexto en la que se recolecta la información; los pasos seguidos para recabarla; etc.

Es así que finalmente a partir de la interlocución con nuestros registros - y por carácter transitivo con nuestra propia práctica- es desde donde podemos producir saberes que se plasmen en ponencias de congresos profesionales, en artículos de divulgación, en tesinas, etc.

Iniciado el proceso de práctica, uno de los obstáculos que presentaba la consejería era que no contaba con registros de la actividad que realizaba, y como estrategia se pensó en un dispositivo de base de datos, en donde se recabó información de quienes consultan para posteriores producciones. Por un lado, en una primera instancia se elaboró un cuestionario para darle un marco formal en donde se registraba los datos personales de las/os estudiantes, sus demandas, y

sus representaciones – acerca de sus intereses, sentires, problematizaciones, reflexiones, dudas, etc.- que surgían en la consulta.

Luego se adecuo una herramienta de registro utilizada en marketing -llamada Customer Relationship Management (CRM) un sistema de base de datos- a las necesidades de la consejería: ficha de datos personales de estudiantes que concurren regularmente; registros de consultas; registro de testeos rápidos; registro de entregas de métodos anticonceptivos; registro de la palabra de las/os jóvenes entre otras cuestiones. Permitiendo que desde la consejería se pueda contar con información propia para poder dar seguimiento a las consultas; poder realizar informes estadísticos de recursos entregados, caracterización de la población estudiantil de la consejería, registrar las demandas, y contar con el historial de seguimiento de cada usuario/o en particular, entre otras.

Los campos de información de la base de datos de la consejería, se basaron en el formulario diseñado previamente en el inicio del proceso de prácticas⁴⁸, y los datos de los formularios del Ministerio de Salud de la Nación -Plan REMEDIAR/ CUS Medicamentos-⁴⁹ y del Ministerio de la Provincia de Córdoba respecto a planillas de registro de testeos⁵⁰.

Esta tesina es el producto que da cuenta de la práctica pre profesional en donde la producción de conocimiento se basó en la implementación de tres dispositivos que hicieron a la intervención:

- El dispositivo de consejería propiamente dicho con sus diferentes estrategias llevadas a la práctica y enmarcada en los lineamientos sugeridos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y Dirección Nacional de Lucha Contra el VIH/SIDA e ITS. Que fue el medio para garantizar el acceso a la información de calidad y actualizada, contribuyendo a mejorar el acceso universal y gratuito, la igualdad de oportunidades, la calidad de la atención, distribución de los recursos

⁴⁸ Ver anexo 2

⁴⁹ ver anexo 3

⁵⁰ ver anexo 4

materiales y simbólicos, para mejorar la salud de las/os estudiantes promoviendo la autonomía y el mayor control sobre su propio cuerpo.

- La implementación de la campaña de testeo masivo y voluntario que tuvo como protagonistas y promotores de su propia salud, a las/os jóvenes universitarios.
- Y el dispositivo de registro de base de datos, que nos permitió tener un primer diagnóstico del perfil de los estudiantes que concurren a la consejería; sus representaciones; hacer un seguimiento de las consultas; los recursos que retiran; hacer informes según: el género, tipos de consultas, el impacto de la jornada de testeo, como también, si lo vinculamos a las estrategias implementadas en la parte comunicacional, producir material audiovisual⁵¹ retomando la voz de las/os jóvenes, entre otras.

Este último implica un ejercicio insistente de valoración de la información registrada, una invitación a compartir, a repensar, a releer posteriormente nuestras crónicas y examinarnos acerca de la rigurosidad de nuestro trabajo, y atrevernos a corregir lo que se opone a la actividad científica. Necesitamos de herramientas que nos permitan registrar la voz de los otros, para que nuestras prácticas estén centradas en ese otro y “desterrar la noción de que las respuestas ya están hechas, que los protagonistas de la práctica somos los profesionales y que los otros no tienen nada que aportar, por lo cual sus dichos pueden "ser llevados por el viento””. (Fuente, 2001. Pág7)

4.5.2 Las y los jóvenes que asisten a la consejería.

Para la construcción del perfil de la población estudiantil que concurre a la consejería, se indagó a partir de entrevistas no formales; se retomaron las anotaciones de campo del sistema de base de datos; y se utilizaron encuestas -evaluación de riesgo y daño- para recabar información acerca de quienes consultan, e interpelar a los estudiantes como sujetos sexualmente activos y repensar en conjunto las prácticas riesgosas para la salud sexual.

⁵¹ Ver anexo 5.

Las categorías utilizadas para la construcción de este perfil fueron: género, edad, unidad académica, trayectoria educativa, acceso a la cobertura de salud, y sus representaciones. Los sujetos con quienes se trabajó fueron jóvenes estudiantes universitario/as que demandaban atención, información, orientación y acompañamiento de forma directa y espontánea a la CSSyR-FCS en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Estas/os jóvenes estudiantes eran de la Lic. En Trabajo Social, de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Filosofía y Humanidades, y de la Facultad de Artes -ver gráfico 5- que se habían enterado del espacio, por el boca en boca, o por la trayectoria que tenían en la institución⁵².

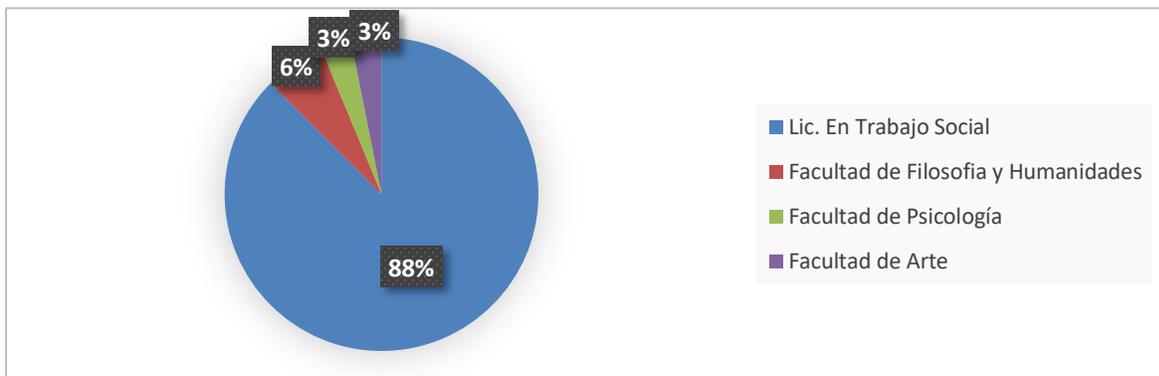


Gráfico 5: Muestra en % la procedencia de las/os estudiantes que han consultado en el espacio de consejería en salud sexual y reproductiva de la FCS en 2017.

En su mayoría eran mujeres entre los 19 y 29 años, que tenían una constancia en la realización de exámenes preventivos y hábitos en la utilización de la doble protección -métodos anticonceptivos y uso de preservativo-, en su mayoría estas no poseían obra social (ver gráfico 6), y no estaban informadas de su derecho al acceso de métodos anticonceptivos y preservativos de forma gratuita desde el PNSSyPR, o a través vez del Programa Médico Obligatorio (PMO).

⁵² Por ser provenientes de los últimos años de la carrera y/o haber cursado la cátedra de Salud y Políticas Públicas.

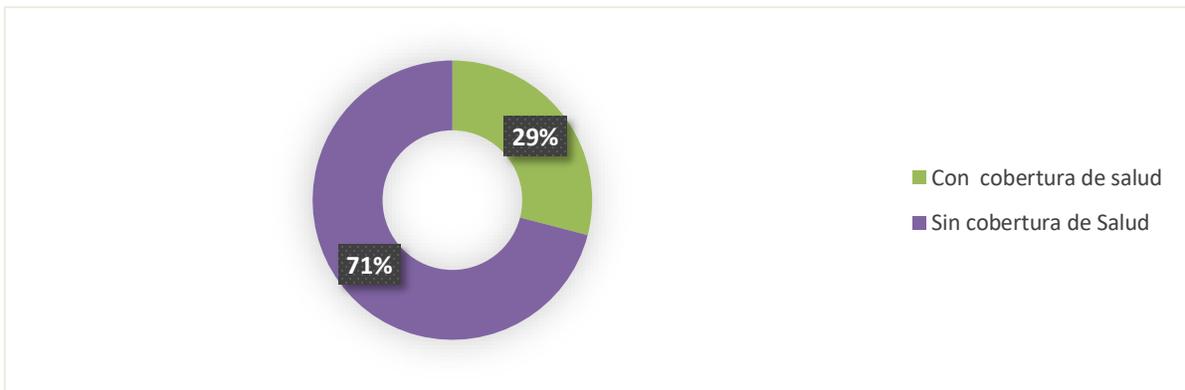


Gráfico 6: Muestra el porcentaje de estudiantes con cobertura de salud que asistieron a la consejería en salud sexual y reproductiva de la FCS en 2017.

En las consultas a la consejería, se evidenciaba que los profesionales de la salud⁵³ obstaculizaban el derecho a decidir de forma autónoma de las jóvenes sobre qué método era más acorde a sus necesidades. Las estudiantes manifestaban que con su efector de salud nunca habían tenido la opción de poder elegir su propio método anticonceptivo y ser informadas para esa elección; así también, la dificultad derivada de cuestiones burocráticas referidas a formularios, derivaciones a áreas administrativas o exámenes y consultas ginecológicas que no eran obligatorias para el acceso a los métodos anticonceptivos, según la disposición del Programa Nacional.

Las usuarias, ante los distintos impedimentos que atraviesan en el sistema de salud para poder acceder a los métodos anticonceptivos, prefieren adquirirlos en el mercado, implicando en ocasiones un costo elevado de los mismos, llevándolas a interrumpir en ocasiones los tratamientos, por no poder contar con los recursos económicos para solventarlos mensualmente.

Desde el espacio de la consejería, durante el 2017 se entregaron métodos anticonceptivos (ver gráfico n°7) de manera mensual y continuada a 14 estudiantes, métodos anticonceptivos de emergencia en 5 oportunidades, y se derivaron 3 situaciones para colocación de DIU y 2 implantes subdérmicos al Centro de Salud N° 68 de Barrio Cárcano.

⁵³ Tanto de obras sociales y privadas como del sistema público estatal.

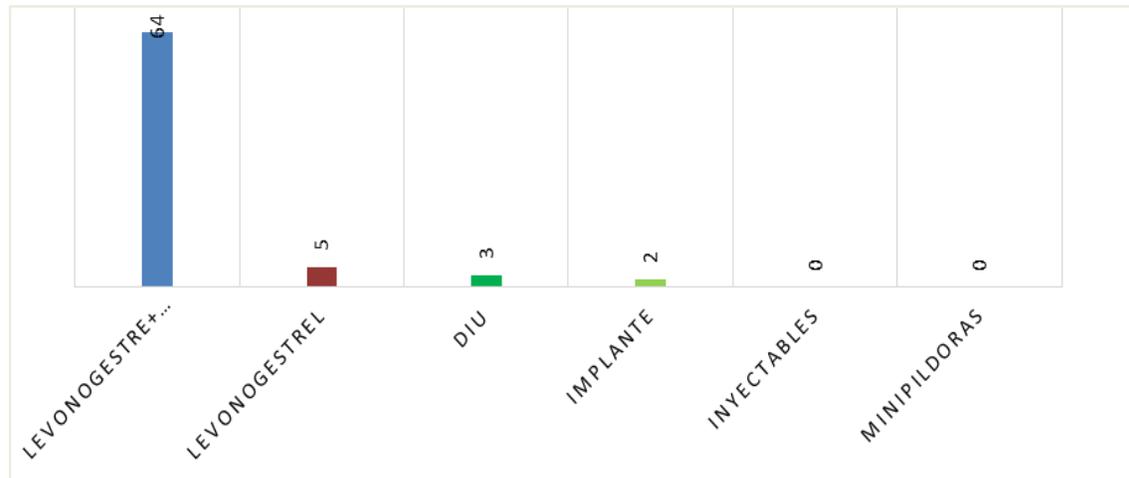


Gráfico n°7: Muestra la de cantidad de métodos anticonceptivos entregados durante todo el 2017 y los tres primeros meses de 2018.

Además, se entregaron 8640 preservativos a través de las diferentes gestiones que se realizaron durante el proceso de práctica en los distintos programas -provinciales y de la universidad- para la obtención de folletería y preservativos.

Cabe resaltar que en las situaciones donde las usuarias elegían como método anticonceptivo la colocación de DIU o implantes sub dérmicos, las obras sociales y prepagas incumplían la ley. Por un lado, al no informarles sobre la variedad de DIU e implantes que hay, sus beneficios, efectos secundarios, etc. y cuáles son los que están cubiertos por el PMO. Y, por otro lado, el negocio que hacían algunas/os profesionales de salud - decían⁵⁴ que el método elegido estaba cubierto por la obra social o prepaga, mientras la colocación no, o viceversa -la colocación estaba cubierta pero el DIU, SIU o implante no- lo que llevaba a las jóvenes a afrontar costos de unos 5.000 a 10.000\$ por ese método anticonceptivo elegido.

En relación a estas demandas, se trabajó primero en los pasos administrativos de reclamo ante las obras sociales y prepagas, como también, en las situaciones que no se resolvían por esa línea, se realizaba el reclamo en la Superintendencia de los Servicios de Salud. Si la demanda no se podía resolver por esos caminos o demoraban un tiempo no prudencial, se les daba respuesta en

⁵⁴ Nota del cuaderno de campo en una entrevista con una estudiante que concurrió a la consejería.

la CSSyR- FCS a través de derivaciones al sistema de salud público mediante el sistema de referencia-contrareferencia⁵⁵.

Otra de las principales demandas por parte de las/os estudiantes a la consejería, fueron interrogantes vinculados a las infecciones de transmisión sexual: acerca de la prevención, la transmisión y tratamiento de diferentes ITS. A partir de la resolución de esas dudas, surgía la necesidad de conocimiento sobre su situación serológica y la importancia de la misma. Para ello, la consejería ofrecía a las/os jóvenes la realización de testeo rápido de VIH -y posteriormente también de sífilis (julio de 2017)- con consejerías pre y post testeo.

Durante el 2017 se realizaron en total 43 testeos rápidos de VIH y 34 de sífilis en el espacio de la consejería -desde junio a diciembre - sin tener ningún test reactivo + en ese periodo. A partir de la incorporación de la oferta de test rápidos, se observó que la principal consulta de los jóvenes varones de la facultad, fueron aquellas que se encontraban relacionadas a éste tipo de demandas. En relación al retiro de preservativos, los jóvenes varones no llevaban de la CSSyR- FCS cuando se les ofrecía, pero sí, de los diferentes dispenser que había distribuidos en la Facultad (baños, SAE, centro de estudiantes, biblioteca, despacho de estudiantes, sala de informática y cooperativa Wallmarx).

Mientras que para las jóvenes mujeres, las demandas giraban alrededor del asesoramiento y retiro de método anticonceptivos. Deducimos por lo observado y por las notas de campo, que son ellas quienes en la relación con su/s pareja/s asumen la responsabilidad total de los cuidados, no solo del gasto económico de afrontar la compra de métodos anticonceptivos – que varía según la marca, el laboratorio, el packagin, etc.- sino también, en lo que respecta a la seguridad en el

⁵⁵ Por referencia se entiende la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutoria hacia otro de mayor menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstico terapéutico debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permite dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada. Contrareferencia la derivación de los pacientes en sentido inverso. (García Servén, 2006)

conocimiento de la situación serológica de la pareja, ya que son ellas las que proponen e invitan su/s compañera/o sexo afectivo a la consejería.

Teniendo en cuenta las distintas experiencias en las consejerías, podemos decir que para los varones todavía el tema de la sexualidad se presentaba como un tema tabú, representado por el arquetipo de varón de la sociedad patriarcal asociados a un ser superior, racional, fuerte, sin miedos, ni temores, etc. No permitiéndose demostrar lo que siente, lo que les inquieta, lo que los atemoriza.

Por un lado, se pudo observar que los varones (cis) en las consejerías eran introvertidos a la hora de consultar, y que no se permitían instancias de dolor, angustia o nervios -que pueden llegar a aparecer a la hora de la realización de algún test -.

(...) *“viste es una boludez, es un simple pinchazo en el dedo”*, le decía un estudiante a otro, y luego durante el test rápido se desmayó⁵⁶.

Por otro lado, en cuanto a las representaciones, cuando se les preguntaba en las consejerías pre testeo ¿Con qué género se autopercebían? Manifestaban reacciones verbales o gestuales que implicaban que quien se encontrara en frente debía suponer como “obvia” la respuesta; es decir, en la práctica cotidiana ven al género como una cuestión de imagen dada según el sexo biológico, sin tener en cuenta que el profesional o par/estudiante, contempla la subjetividad de cada persona y cómo se autopercibe, entre otras cuestiones vinculadas a la individualidad del sujeto.

- *¿Con qué género te autopercebís?*

-*Y... es obvio ¿no? varón, masculino*⁵⁷.

Vale la pena mencionar que no se ha tenido registro de varones o mujeres trans que asistan a la consejería; y en relaciones a los jóvenes varones (cis) comenzaron a concurrir luego del

⁵⁶ Notas de campo.

⁵⁷ Ídem.

segundo semestre de 2017, coincidiendo con la realización de la jornada de testeos rápidos de VIH y sífilis, y de estrategias comunicacionales y de sensibilización que se llevaron a cabo.

Por último, en lo que respecta a interrupción legal del embarazo y situaciones de violencia; en relación a la primera, hubo 5 situaciones que fueron abordadas por los docentes y profesionales - médicos y de trabajo social- del equipo que concluyeron en derivaciones al sistema de salud público para su efectiva resolución.

En lo que respecta a la segunda, se receptaron situaciones de violencia de género que fueron abordadas en conjunto con la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la Facultad y derivadas al “Plan de Acciones y Herramientas para Prevenir, Atender y Sancionar las Violencias de Género en el Ámbito de la UNC” -Resolución Honorable Consejo Superior 1011/15-. En este periodo se receptaron dos situaciones de violencia de género en las que se acompañó y, derivó a las instituciones y áreas correspondientes de la Universidad, Hospital Rawson y Polo de la Mujer para la continuidad de su abordaje.

Es importante resaltar que se requiere del establecimiento de un procedimiento/ protocolo a nivel institucional sobre situaciones de violencia, ya que las víctimas tuvieron que transitar por distintos espacios de la facultad hasta llegar a la consejería, colocándolas en una situación de re victimización cada vez que narraban su historia y derivaban a otra área sin tener referencia alguna de qué lugar en la universidad podía acompañar estas situaciones, dilatando el proceso de resolución de esa demanda.

Como profesionales, es necesario interrogarnos a nosotros mismos e interrogar la realidad que se presenta en el espacio, intentar hacer visible lo que está invisible en lo cotidiano e interrumpir la acción para observarla con una mirada más renovada, y desde la perspectiva de género y derecho.

Las intervenciones que se llevaron a cabo, en tanto prácticas educativas, conllevan intencionalidades y propósitos, y están ligadas a un pensamiento crítico y de emancipación de las/os jóvenes; las cuales favorecerá el proceso y proyecto de vida de los sujetos que se acercan

al dispositivo, con el objetivo de que sean capaces de buscar por sí mismos, construir a partir los capitales⁵⁸ que disponen, y poder visualizar oportunidades. (Faleiros, 2003)

Consiste fundamentalmente en la toma de iniciativas de acuerdo con la dinámica de las fuerzas y los actores presentes, en relación con las diferentes estrategias de intervención que son llevadas a cabo, las cuales van a depender de la coyuntura particular y de la situación concreta. No es una aplicación lineal, sino un proceso constante de trabajo que debe reforzar las alianzas con las/os jóvenes usuarios, establecer niveles y ritmos de intervención, recursos y oportunidades de usarlos, como también la inclusión de los diferentes actores institucionales y sociales. (Faleiros, 2003)

4.5.3 Estrategias de comunicación para abordar la visibilización y difusión de la Consejería en la Facultad de Ciencias Sociales.

Con el objetivo de dar a conocer a la población estudiantil de la FCS la existencia del espacio de asesoramiento en temas vinculados a la salud sexual y reproductiva de estudiantes y para estudiantes, se implementaron diferentes dispositivos comunicacionales para difundir información científica, clara y precisa sobre el tema, teniendo como fundamento los lineamientos que propone la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación (2010) en donde conceptualiza a la comunicación “como dimensión relacional, constitutiva de todos los vínculos intersubjetivos y sociales, que está presente en todas las acciones de

⁵⁸ En el capítulo “Las formas de capital” del libro Poder, Derecho y Clases Sociales (1983), Bourdieu distingue tres principales formas de capital: Capital económico -es tener cierto control sobre recursos económicos-; capital social -son recursos por lo regular intangibles basados en pertenencia a grupos, relaciones, redes de influencia y colaboración-; y capital cultural -son las formas de conocimiento, educación, habilidades, y ventajas que tiene una persona y que le dan un estatus más alto dentro de la sociedad. Más adelante, Bourdieu añade a la lista el capital simbólico, que consiste en una serie de propiedades intangibles inherentes al sujeto que únicamente pueden existir en medida que sean reconocidas por los demás. Es el prestigio acumulado o poder adquirido por medio del reconocimiento de los agentes del campo.

prevención, promoción y atención que realizan los equipos de salud” (pág. 24). Y plantea una serie de estrategias comunicacionales para potenciar las acciones llevadas a cabo en la consejería, mejorar el diálogo, y poner a disposición de la población la información solicitada.

“Disponer de información precisa sobre las actividades que se realizan, en qué horarios y la forma de acceso, puede significar para las personas de la comunidad mejorar las oportunidades de acceder a una mejor atención. Asimismo, brindar información sobre los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, diversidad, formas de violencia, entre otros aspectos, puede generar preguntas que posibiliten acercamientos al espacio de consejerías”. (Ministerio de Salud de la Nación y Desarrollo Social 2018. Pág. 24)

Las acciones para construir canales de comunicación en la comunidad académica y difundir información fueron:

- Mapeo de actores institucionales: Para que la comunicación funcione, se pensó estratégicamente en actores institucionales claves, como, por ejemplo: el Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales, la SAE-FCS, la Cooperativa Wallmarx, el personal del gabinete informático de la FCS, y distintas agrupaciones estudiantiles. Con los cuales se trabajó de manera conjunta para difundir las actividades que realizaba la consejería, y que la información llegara a las/os estudiantes.
- Gestionar, conocer y seleccionar materiales de difusión: Se contó con diferentes materiales gráficos para la difusión de información proveniente de los distintos programas a nivel nacional, provincial y propio de la universidad. Fue fundamental conocerlos, familiarizarse con ellos y clarificar para qué situaciones y destinatarios/as eran de utilidad cada uno, ya que no todos los materiales que están disponibles pueden servir de soporte para la difusión de información. También se realizaron materiales audiovisuales para luego ser difundidos por las redes sociales (ver anexo 5).
- Difusión en cascada: Una vez identificados los actores institucionales, ellos mismos, fueron un recurso necesario para que la información que se quería comunicar desde la consejería circule. Socializando, compartiendo y distribuyendo la información y

folletería como por ej. Días y horario de atención, servicio que brinda el espacio; folletería sobre las ITS y distribución de preservativos, etc. “Logrando que la información se difunda como en cascada; es decir, que quienes la reciban puedan ser a la vez difusores/as de la misma, llegando cada vez a más personas”. (MSNyDS, 2018. Pág. 24)

- Utilización de medios de comunicación- redes sociales: como estrategia fue importante tener en cuenta los medios de comunicación por los cuales se informan y participaban las/os estudiantes, de esta forma “Facebook y los grupos de Facebook” funcionaron como un canal para la difusión de información y promoción de la consejería.

Se creó la página de Facebook “Consejería en Salud Sexual y Reproductiva FCS”, donde a partir de la segmentación del público por medio de los grupos de Facebook de las distintas carreras de la facultad, se difundía la información sobre: mecanismos de prevención de la violencia de género, tipos de violencia, información de métodos anticonceptivos, ITS y VIH/SIDA, etc.-. También se crearon canvas⁵⁹, videos, y un correo electrónico – consejeriafcs@gmail.com-, que junto con la mensajería de la página, ambos dispositivos sirvieron de medio para contactarse con el equipo ante alguna consulta de carácter urgente, cuando era un inconveniente acercarse a la consejería ya sea por distancia, trabajo o tiempo.

- Utilización del calendario como recurso: Por un lado, se realizó la campaña⁶⁰ de testeo masivo y voluntario de VIH/SIDA e ITS -que los mismo jóvenes que

⁵⁹ Es una herramienta para compartir información de tipo más dinámica e interactiva (solo para visualización en celulares) con un botón en la publicación que re-direcciona directamente al link en donde se encuentra el turno de la consejería. Sin tener que entrar a la página institucional y navegar en el interior de la misma, facilitando de esta manera el acceso.

⁶⁰ Se entiende por campaña que es una invitación a organizarnos para dar a conocer nuestros derechos, con el objetivo es instalar el tema en la comunidad, tomar posición y proponer acciones. La misma tuvo como objetivo promover acciones en cuanto a la prevención de ITS y VIH/SIDA, difundir el espacio de consejería y fortalecer redes de articulación institucionales con diversos actores de la facultad y extra universitarios.

participaron en su organización la nombraron “Mejor saber”-, en el marco de la semana del estudiante y semana de la primavera. Por otro lado, como espacios de difusión en instancias organizadas por la UNC se destacó la participación en la “Muestra de carreras, la UNC con vos”, junto a la SAE-FCS. Visibilizando la consejería y haciendo sensibilización del uso del preservativo y campo de látex como formas de prevención en ITS, con el objetivo de que los nuevos ingresantes a la FCS tengan información sobre éste espacio en la facultad.

Respecto a las estrategias comunicacional, por un lado, se deben profundizar y continuar con las acciones que se vienen desarrollando; teniendo en cuenta la influencia de los nuevos medios de comunicación con los que interactúan las/os jóvenes que se van actualizando año a año - cuáles son las redes sociales más utilizadas para la difusión de la información; los distintos grupos de Facebook; los horarios en los que se conectan; las nuevas herramientas que se pueden utilizar para una mejor difusión de lo que se quiere informar/ transmitir; etc.- Considerar estas cuestiones, resultó favorable durante todo el proceso, porque es un modo de conocer a la población con la que se trabaja. Por otra parte, se requiere una articulación con el área de comunicación que pueda proporcionar visibilidad a través de los medios institucionales y establecer vínculos que nos permita coordinar esfuerzo para un mismo destinatario –las/os estudiantes de la Facultad- contribuyendo al fortalecimiento institucional del espacio de la Consejería.

4.5.4 Jornada de testeo voluntario y masivo Mejor saber.

Como estrategia preventiva, informativa y comunicacional, se retomó la iniciativa del equipo de consejería en 2016 de realizar una campaña de testeo masivo y voluntario sobre ITS. Con el objetivo de promover acciones en cuanto a la prevención de las mismas, difundir el espacio de consejería, y fortalecer redes de articulación institucional y extra universitaria.

La campaña⁶¹ realizada en 2017 tuvo como particularidad, el protagonismo de las/os estudiantes. En ella participaron diferentes agrupaciones estudiantiles, estudiantes pre

⁶¹ Ver anexo 6.

profesionales con formación específica en consejerías en salud sexual y reproductiva, y el Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales, acompañados y supervisados por profesionales del Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba y el Centro de Salud n°68, con los que la consejería articula determinadas instancias.

Este evento estuvo estructurado en tres ejes: Capacitación teórica-práctica para quienes participaron en la organización, difusión/invitación a la jornada, y la jornada propiamente dicha. En relación a la primera, la campaña de testeo contó con capacitaciones por parte del equipo de la CSSyR- FCS, a las/os estudiantes que participaron en la organización de la jornada -sobre prevención, transmisión y tratamiento de ITS y VIH/SIDA, y consejerías pre y post testeo-, que luego fueron retomadas en la capacitación técnica, que brindó el equipo del Laboratorio Central para que las/os estudiantes pudieran ser quienes realizaban los test rápido de VIH y sífilis en el evento, mientras el equipo del Laboratorio hacía las extracciones para quienes quisieran hacerse el test convencional -VIH, VDRL y hepatitis B y C-.

En lo que respecta a la difusión/invitación previa al testeo masivo y voluntario, desde la SAE-FCS se articuló con el área de Comunicación, quienes diseñaron un flyer institucional y publicaron el evento a través de los canales oficiales de la FCS-en el boletín oficial de la facultad, su página web, y página de Facebook-.

Desde las páginas de Facebook: de la CSSyR- FCS; las agrupaciones estudiantiles y la del Centro de Estudiantes; se realizaron fuertes campañas de difusión en los diferentes grupos ampliando la convocatoria al evento. Además, de realizarse una pegatina de afiche en lugares estratégicos, volanteadas, pasadas por las aulas y colocación de mesas de información e invitación a los estudiantes en las aulas de usos comunes “C”, para una comunicación cara a cara entre estudiantes.

Respecto al tercer eje, durante la jornada de testeo, por un lado, las/os estudiantes se dividieron en varios grupos de tareas:

- Quienes se encargaron de la difusión, reforzando las estrategias previas a la jornada; haciendo sensibilización acerca de la importancia del conocimiento de la situación

serológica, entrega de preservativos masculinos, y también de folletería con información, para reducir el riesgo de adquirir VIH y otras ITS.

Propiciando que las/os estudiantes ejerzan protagonismo en el cuidado de su propia salud, invitaban a sus compañeras/os, además de informar ante cualquier duda o consulta referidas a: ¿Cómo se previenen? ¿Cómo se transmiten? Y ¿cómo se tratan las diferentes ITS?

- Se contó con consejerías pre testeo en forma individual⁶² y grupal⁶³, estas últimas, se realizaban durante la espera y fueron llevadas a cabo por los docentes del equipo de Consejería y las/os estudiantes que habían elegido participar en esa tarea. Además se hacía entrega de un cuestionario de evaluación de riesgo y daño⁶⁴ para que completaran, con el objetivo de que las/os estudiantes pudieran interpelarse sobre prácticas de cuidado de su salud sexual.

En lo que respecta a la instancia de realización del test, ese momento contó con consejerías pre y post testeos que se realizaban a los/as estudiantes. Consistían en entrevistas, donde el objetivo principal del asesoramiento era ampliar el acceso al diagnóstico del VIH con información, atendiendo a:

- La reducción del estrés que puede causar la realización de la prueba.

⁶² Se identifica el motivo de la consulta, se reconstruye la historia de vulnerabilidad y testeos previos; se intercambia con la persona información sobre el significado de los posibles resultados, y se considera conjuntamente con la persona que consulta el impacto en su vida de los posibles resultados del test. Se evalúa con la persona la realización o no del test; se reafirma la información del consentimiento informado y se solicita la firma, por último, se considera las posibles reacciones emocionales que pueden presentarse durante la espera del resultado, esta consejería se realiza posteriormente a la consejería grupal en la instancia de testeos masivos.

⁶³ Se reafirma el carácter voluntario y confidencial del testeo, se les hace mención y entrega la evaluación de riesgo y daño que permite explorar las situaciones de riesgo de cada usuaria/o y las medidas de prevención; se les proporciona información sobre los procedimientos técnicos; el significado del periodo ventana y los posibles resultados; se esclarecen los circuitos para la realización del test y tiempo de espera; se brinda información sobre el VIH, SIDA, Sífilis, y otras ITS; se brinda información sobre el consentimiento informado (su obligatoriedad legal y su significado) y por último, se ofrece la prueba diagnóstica.

⁶⁴ Formulario de evaluación de riesgo y daño contiene: el consentimiento informado en el cual se deja constancia de que se realiza el examen de forma individual y voluntaria además de contener preguntas relacionadas a: Datos personales; prácticas sexuales; si ha tenido alguna infección de transmisión sexual; razón por la que se realiza el testeo, entre otras. Ver anexo 6.

- La reducción de riesgos de transmisión del VIH.
- La promoción de adopción de prácticas sexuales protegidas.
- Mejorar la calidad de vida de las personas que consultan.
- Estimular el diagnóstico a las parejas sexuales de quienes consultan.
- Reducir el impacto del diagnóstico que diera reactivo.
- Acompañar y derivar en el caso que lo requiera el proceso, a otra institución para la confirmación y posterior adherencia a los tratamientos antirretrovirales. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

Es fundamental comprender que el diagnóstico de VIH no es un procedimiento sino un proceso que involucra tecnología, insumos, equipos de salud, y capacitación, pero también sujetos, expectativas, miedos, historias de vida, posibilidades de cuidado, entre otros. Un test de VIH o sífilis es una intervención sobre una persona, que se realiza en el presente, involucra el pasado y desencadena consecuencias en el futuro. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

La dimensión de proceso introduce complejidad a la instancia del diagnóstico permitiendo así ensayar respuestas más efectivas para la prevención y atención del VIH y otras ITS. El asesoramiento en el diagnóstico de ITS constituye una acción preventiva importante para los/as estudiantes que consultan, y una efectiva puerta de entrada a los servicios de salud en el caso de que un test arroje resultado con reactivo (+).

Los resultados obtenidos de la jornada⁶⁵ mostraron que de un total de 107 estudiantes que se realizaron los test rápidos y el test convencional hubo:

102 Muestras con resultados negativos; 3 con resultados positivos de sífilis, 1 resultado positivo de VIH y 1 resultado positivo del virus de la hepatitis “B”; de los cuales se derivó al Programa de Lucha Contra el VIH/SIDA e ITS de la Provincia de Córdoba en el Hospital Rawson para su confirmación, tratamiento y acompañamiento de las infecciones detectadas.

⁶⁵ Ver gráfico n°8.

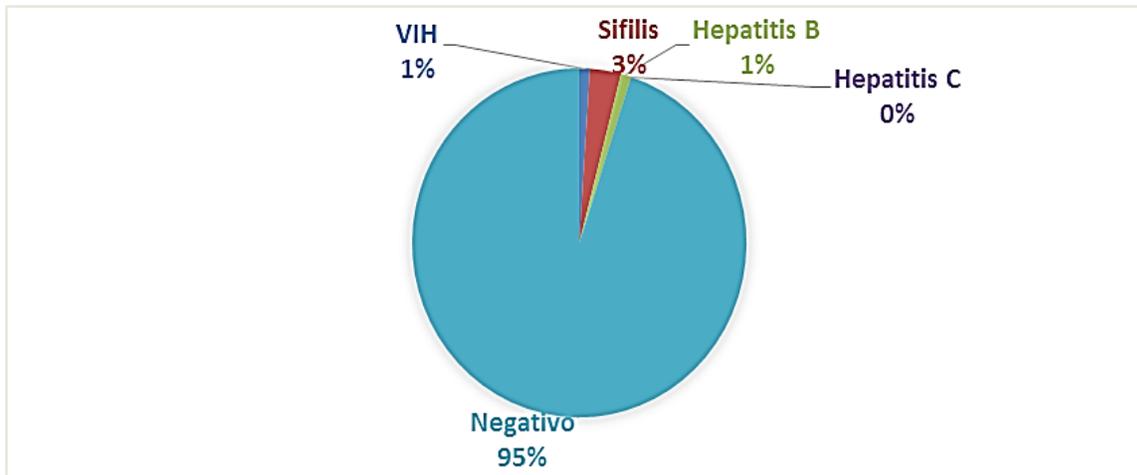


Gráfico n°8: Muestra en % los resultados de los testeos realizados de la jornada de testeo Mejor saber 2017.

De los 107 estudiantes que se realizaron la prueba⁶⁶, sólo 87 decidieron realizarse el test rápido de VIH y sífilis equivalente al 74%, y un 26% decidió optar por realizarse el examen convencional de sangre para testear VIH, VDRL, hepatitis B y C.

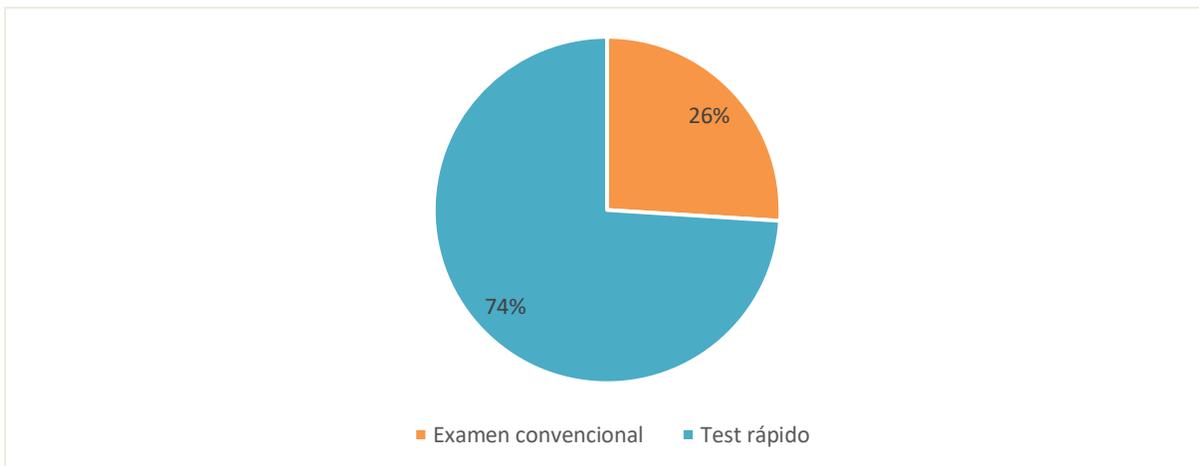


Gráfico n°9: Muestra la diferencia entre test rápidos realizados y los exámenes convencionales serológicos en la jornada de testeo Mejor Saber 2017.

La evaluación de riesgo y daño, por un lado, mostro datos relacionados al perfil de quienes se testeaban. Según su identidad de género autopercebida⁶⁷, del total de estudiantes que se

⁶⁶ Ver gráfico n°9

⁶⁷ Ver gráfico n°10.

realizaron los testeos el 67% (72) fueron estudiantes de sexo femenino; el 29 % de sexo masculino (31); el 1% trans (1); y 3% estudiantes indistintxs (3).

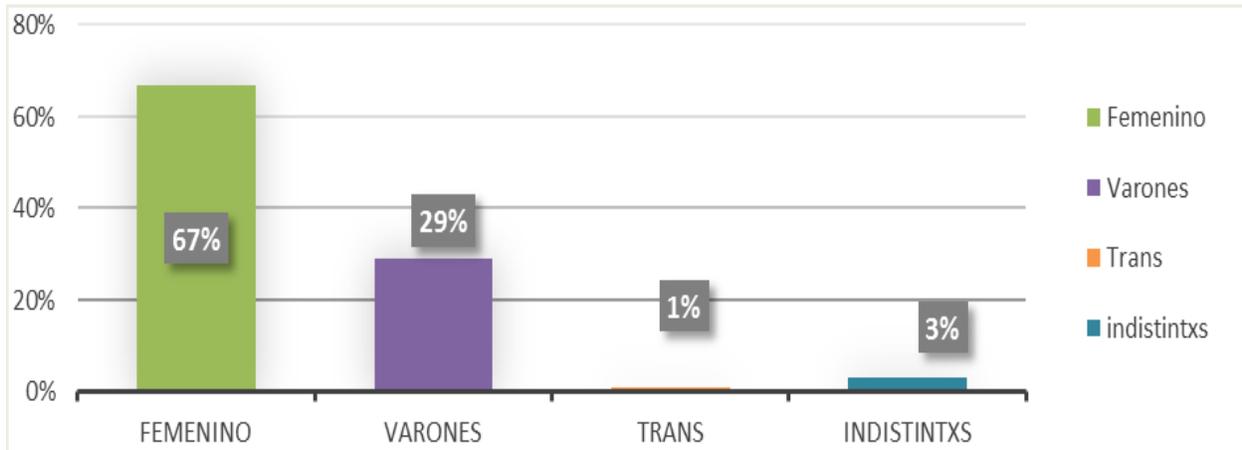


Gráfico n°10: Muestra porcentualmente la identidad autopercibida de las/os estudiantes que se testearon en la jornada Mejor saber 2017.

Por otra parte, en las entrevistas pre test, se pudo establecer que los estudiantes que se testearon eran provenientes de la Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Medicina, Facultad de Artes, y de la Facultad de Ciencias de la Comunicación.

En relación a las/os estudiantes que se testearon de 107, sólo contestaron de forma voluntaria la encuesta anónima de evaluación de riesgo y daño 97, de los que se pudo extraer los siguientes datos:

- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual⁶⁸ previa a la jornada de testeo: el 72.89% afirmó no haber tenido ninguna ITS previa; mientras que el 16.82% sí, y entre ellas mencionaron: gonorrea, HPV, ladilla, sífilis, hepatitis, y uretritis bacteriana.
- Uso del preservativo⁶⁹: de los 93 estudiantes de la muestra, 39 respondieron que lo utiliza la “mayoría de las veces”, 16 que “no lo utiliza nunca”, 24 que lo utiliza “pocas veces” y sólo el 14 que lo utilizan “siempre”

⁶⁸ Ver gráfico n°11.

⁶⁹ Ver gráfico n°12.

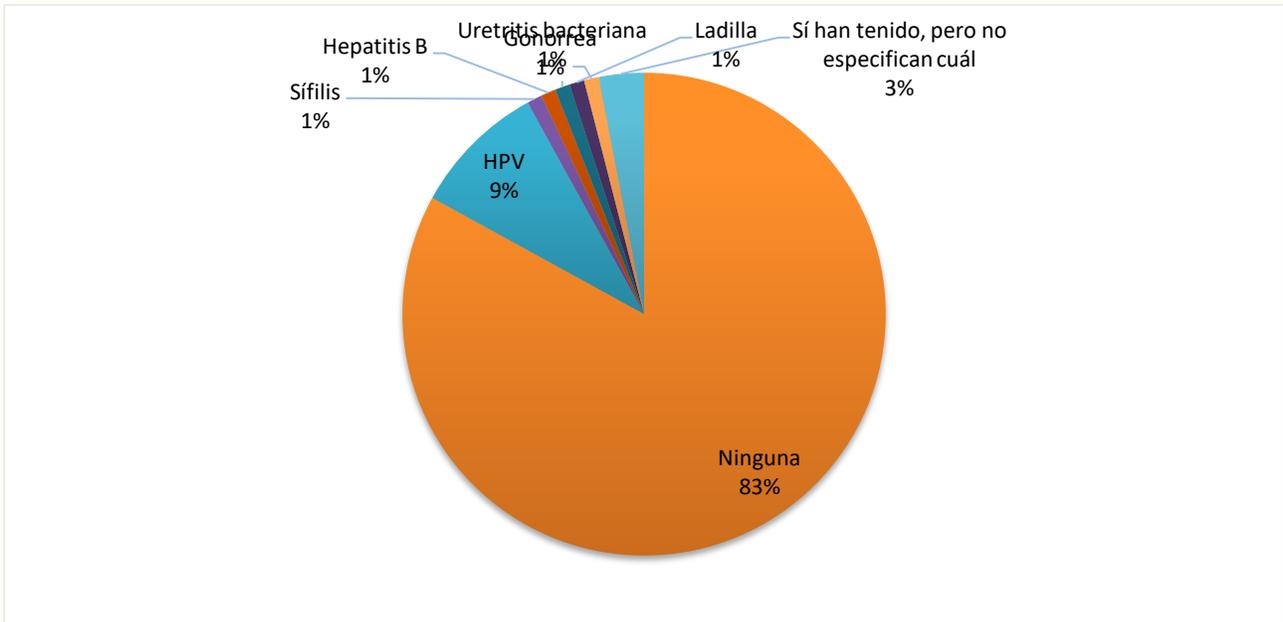


Gráfico n°11: Muestra los antecedentes de infecciones de transmisión sexual de las/os estudiantes que realizaron la evaluación de riesgo y daño en la jornada de testeo Mejor saber 2017.

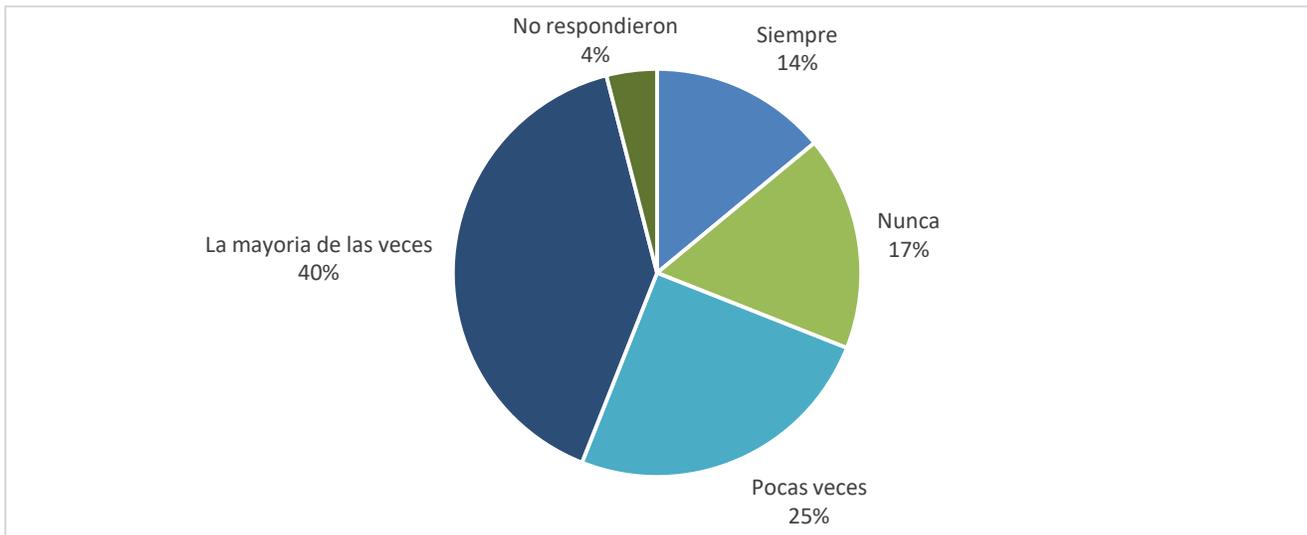


Gráfico n°12: Representa la utilización del uso de preservativos en los estudiantes universitarios que realizaron la evaluación de riesgo y daño en la Jornada de testeo Mejor saber 2017.

A partir de los datos obtenidos sobre el uso de preservativo y campo de látex como método de prevención de las ITS se trabajó en:

- Reforzar en las consejerías la información sobre el beneficio del uso del preservativo y su implementación como herramienta de placer en el juego sexual; ya que es el único método efectivo para prevenir el VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- Promover la utilización del campo de látex como protector bucal para evitar la transmisión de ITS durante el sexo oral.
- Extender la invitación a realizarse el test rápido tanto a las/os jóvenes estudiantes usuarios del servicio de la consejería, como también a sus parejas sexo- afectivas.
- Visibilizar los dispensadores de preservativos y su ubicación en los distintos espacios de la facultad.

Vale la pena traer las reflexiones⁷⁰ que realizaron las/os estudiantes que participaron de la organización de la jornada, en donde se remarcó la necesidad de continuar con éste tipo de actividades para que toda la comunidad estudiantil de la facultad pueda seguir informándose sobre las ITS. Como así también, de lo importante que son los espacios de consejerías como lugar en donde encontrar información fehaciente y actualizada, conocimientos sobre derechos, métodos anticonceptivos, prácticas necesarias para que nuestro cuerpo logre alcanzar una salud sexual libre de riesgos, etc.

También consideraron acertado la consigna “mejor saber”, la cual logro captar el interés de muchos/as estudiantes de la facultad y de otras unidades académicas; entendiendo, además, que la salud sexual reproductiva es un derecho que deberíamos tener todos/as, y celebrar instancias de participación a toda la comunidad, es también un modo de generar conciencia al respecto.

⁷⁰ Notas de campo del 22/09/2017.

Reflexiones finales

Mi trabajo final tiene como objetivo contribuir al análisis y reflexión de la salud sexual y reproductiva en el marco de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva de la FCS, desde la intervención del trabajo social, aportando en la elucidación de las estrategias de intervención que colocaron a las/os jóvenes como protagonistas de su propia salud sexual.

Las reflexiones se basan en la experiencia del trabajo a través de la observación participante, de las entrevistas, los datos registrados y sus interpretaciones, y la búsqueda de datos estadísticos proveniente del Ministerio de Salud de la Nación. Este trabajo aporta sugerencias del análisis realizado, para seguir pensando y repensando estrategias de intervención profesional desde el trabajo social en relación a la sexualidad y reproducción.

La importancia del reconocimiento social de los derechos sexuales y reproductivos, y el compromiso político que asumió el Estado en este campo, es innegable; Rosso (2004) en su informe de impacto respecto al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, indicó que en el año 2002 el total de muertes causadas por abortos equivalía al 31%, mientras que en 2004 esa cifra se redujo al 27% ; en el mismo periodo el porcentaje de embarazos de mujeres menores de 20 años descendió de 14,6% a 13,2%; y la cantidad de usuarias /os directas/os del programa aumentó de 124.200 mujeres a 1.354.000; y para el 2010, la misma equivalía a más de cuatro millones y medios de mujeres que se encontraban bajo programa. Sin duda estas cifras, son el reflejo del proceso de transformación de la ciudadanía de la mujer, a partir de la inscripción de la sexualidad y reproducción en la esfera pública. (Peker 2010)

El movimiento feminista, ha sido el principal motor de éste proceso de cambio, como así también, algunas disciplinas de las ciencias sociales; entre ellas el trabajo social, que se caracterizó históricamente por la resistencia, firmeza y por el pensamiento que lo anima a seguir luchando por el reconocimiento y efectivización de los derechos y, en particular, en este caso, de los derechos sexuales y reproductivos.

A pesar de estos logros, aún nos queda un largo camino por recorrer en lo que respecta al ejercicio y la real puesta en práctica de las políticas en sexualidad y reproducción. En la Argentina el 16% de los nacimientos proviene de madres adolescentes de entre 15 y 19 años -en

algunas provincias equivale al 25% - y más de 3.000 son de niñas de 10 a 13 años; el 69% de esas mujeres adolescentes no planearon ese embarazo, y 6 de cada 10 mujeres que queda embarazada durante su escolarización, la abandona. Estos datos nos indican que, si bien nuestro país cuenta con un marco legal de avanzada, con una canasta de anticonceptivos amplia y gratuita, presenta algunos obstáculos en el acceso directo de las usuarias/os. Si bien las políticas se basan en el principio de “igualdad”, buscando traducirse en igualdad de oportunidades y de acceso, en la realidad concreta, no se tienen en cuenta las diferencias existentes en la posición económica, social y cultural.

Las causas de la no accesibilidad a estas políticas, se debe a una serie de inequidades y barreras basadas en:

- Prejuicios, falta de conocimientos y concepciones distorsionadas sobre derecho a la salud sexual y reproductiva;
- Posiciones conservadoras en algunos gobiernos provinciales;
- Requisitos impuestos arbitrariamente por muchos equipos de salud que la ley no estipula;
- Obstáculos en la gestión de la obtención de recursos;
- Acceso reducido a la información pública que dé cuenta del accionar del PSSy PR;
- Obstáculos en la implementación de la ESI;
- Escasez de espacios de consejerías en salud sexual y reproductiva en el sistema de salud, como estrategia en donde se oriente a las mujeres, respondiendo sobre dudas e inquietudes y se trabaje desde una perspectiva integral.

Estas son las principales trabas sociales impuestas por el propio sistema, a cualquier posibilidad de participación social.

Los problemas sociales abordados en el trabajo se encuentran interrelacionados y atravesados por diversas dimensiones que los configuran: dimensiones sociales, económicas, históricas, culturales, vinculares, entre otras; es por ello que partimos de concebir a la salud como un derecho y desde una perspectiva con abordaje integral. En lo que respecta a la interpretación de las entrevistas y observación participante en el espacio de la Consejería, nos permite afirmar que

la problemática en cuestión, demandas, y estrategias de intervención, muchas veces superan los recursos y servicios, que se ofrecen desde la consejería en la facultad, debido a la complejidad de las problemáticas abordadas, se hace necesaria el sistema de referencia y contra referencia a fin de brindar una respuesta lo más adecuada posible, integral y completa en torno a las mismas. Por lo cual, el armado de redes permite una intervención social integral.

Uno de los aspectos positivos a destacar en torno a la temática, es el trabajo interdisciplinario que permite la construcción de estrategias de intervención con éste tipo de abordaje. Asimismo, la estrecha relación y el trabajo cotidiano en el equipo de profesionales de la consejería, favorece y enriquece la intervención. No obstante, hay que reconocer también el compromiso de las autoridades de la institución, a la hora de facilitar el espacio para promover los derechos sexuales y reproductivos en sus estudiantes, teniendo en cuenta que la Facultad se encontraba en un proceso de normalización, y de reestructuración de los espacios en el interior de la unidad académica.

El escenario actual en el que se desarrolla nuestra intervención en lo social, es cambiante y sumamente complejo, donde es posible identificar ciertas limitaciones y obstáculos a la hora de intervenir, que interpelan nuestra práctica cotidiana. Podemos mencionar a modo de síntesis, la complejización de los problemas sociales, la falta de presupuesto de los programas, la falta de recursos, la acción de determinados actores por imponer posiciones que van en contra del reconocimiento de los derechos, la desinformación o el negocio de algunas/os profesionales del servicio de salud, entre otras.

A modo de aporte, es fundamental promover estos espacios al interior de la universidad, ya que se construyen desde el compromiso con la educación sexual integral, como una acción que aún falta profundizar en éste nivel educativo. También, es necesario fortalecer el tejido de redes institucionales desde la consejería hacia el interior de la Facultad, y de la Universidad, para tener un contacto directo y personalizado con referentes ya que se considera que facilitaría y mejoraría la articulación para el abordaje de diversas situaciones problemáticas.

Para concluir, es importante resaltar que, si bien los derechos se acrecentaron en Argentina, gracias a la incorporación de los Sistemas Internacionales de Derechos Humanos a la

Constitución Nacional. Aún podemos observar que las mujeres y disidencias sexuales padecen todo tipo de injusticias en lo que respecta a sus derechos sexuales y reproductivos, esta situación “indigna” al movimiento feminista y a algunos sectores de la población, pero parece que aún no logra “indignar” a toda la sociedad, mientras esta situación siga ocurriendo, el trabajo social tendrá un gran camino por recorrer en la temática acompañando a estos movimientos.

Bibliografía

- Abramovich y Pautassi. (2004). Cap VII, El enfoque de derecho y la institucionalidad de las políticas sociales. En *Una aproximación al enfoque de derechos en las políticas de desarrollo en América Latina*. Santiago de Chile: CELS.
- Aizenberg, et. Al (2003). "La salud y los derechos sexuales y reproductivos: avances y retrocesos". En CELS, "*Derechos humanos en argentina informe 2002-2003 CELS*" (págs. 348-376). Buenos Aires: SigloXXI.
- Amnistía internacional. 2018. No la cuelguen con la ESI. Recuperado el 20 de 12 de 2019 de https://amnistia.org.ar/ciberaccion-detalle/?id=208&gclid=Cj0KCQiA70nxBRCNARIsAIW53B_1D5Tb88bTxyBwbSgrOTqie8_czhA28BPJdbrqO7pHiVqzvG7AvjEaAifYEALw_wcB
- Aquin, N. (2009). *Objetivos y funciones del Trabajo Social Comunitario*. Ficha de cátedra. Córdoba Argentina.
- Bianco, et. Al. (2010). *Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Informe Nacional 2010*. CoNDeRS.
- Castel, R. (1997). "La metamorfosis de la cuestión social". Buenos Aires: Paidós
- Carballada, A., (s.f.). La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: Los escenarios actuales del Trabajo Social (pp 1-18).
- Cazzaniga, S. (2001). Trabajo Social e interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud. En S. Cazzaniga, *Hilos y nudos* (pág. 103;137). Buenos Aires: Espacio
- Chiara y Di Virgilio . (2009). Conceptualizando la Gestión Social. En M. y Chiara, *Gestión de la Política Social*. Buenos Aires.
- Código Penal de la Nación Argentina. (08 de 02 de 2019). *Infoleg*, web. (L. S. Código Penal, Productor) Recuperado el 20 de 11 de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>
- Consejo Nacional de los Derechos Sexuales y Reproductivos. (2012). Informe para la Comunicación Conjunta para examen periódico Universal. Consorcio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales. CONDERS. CABA, Argentina. Recuperado de: <http://conders.feim.org.ar/>.
- Consorcio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales. CoNDeRS. (2013). *Situación de la salud sexual y reproductiva en las provincias del norte argentino*.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. (03 de septiembre de 1985). *Naciones Unidas*, web. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- Crosetto, R., & Andrada, S. (2010). *Introducción a la Carrera de trabajo social*. Córdoba.
- Davila, O. (2004). *Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes*. Última década n°21. Valparaíso, Chile.

- Declaración de Alma Ata. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Escuela de Trabajo Social (2017) *se aprobo la facultad de Ciencias Sociales en la UNC*. Recuperado el 06 de 08 de 2017 de <http://trabajosocial.unc.edu.ar/content/la-unc-tiene-facultad-de-ciencias-sociales>
- Facio, A., & Fries, L. (2005). Feminismos, género y patriarcado. *Academia. Revista sobre enseñanza del derecho en Buenos Aires*, 3(6), 259-294.
- Faleiros, V. (2003). Articulación estratégica e intervención profesional. En *Estrategias de Empowerment en Trabajo Social*. Buenos Aires: LUMEN.
- Fondo de Población de Naciones Unidas . (1994). Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y desarrollo. El Cairo.
- Fuentes, M. (2001). Lo que el viento no se llevó... El registro de campo y su importancia en el proceso de intervención profesional del Trabajo Social.
- Gamba Susana (2008). *Feminismo: historia y corrientes*. Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Gamba Susana (Comp) (2011). *Estudios de género/perspectiva de género*. Observatorio de Equidad de Género. Gobierno Cuidad de Buenos Aires, Argentina. Consultado 15/01/18
- Garcia Serven, J. (17 de 10 de 2006). *Blog Dr. José R. García Serven*. Recuperado el 15 de 01 de 2019, de <http://garciaserven.blogspot.com/2006/10/sistema-de-referencia-contrareferencia.html>
- González Cristina (2001). *La Intervención en el Abordaje Familiar*. Mimeo
- Levín, S. (2010). *Derechos sexuales al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva son libertad? Argentina en el s.XXI*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Levín, S. (2014). Dilemas de Justicia Política en Argentina. En M. A. Gamundí, *Injusticias de género en el mundo globalizado* (pág. 66). Rosario: Ediciones Homo Sapiens.
- Ley N° 26.130. (2006). Intervención de contracepción quirúrgica. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>. Información Legislativa.
- Ley N°26.150. (2006). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
- Meng, G. (2006). *Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable argentina*.. En M. P. Ramos, *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina*: (págs. 93-113). Bs. As: CEDES.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013) *Consejerías de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013) *Diagnóstico de VIH: recomendaciones para el asesoramiento pre y post test*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

- Ministerio de la Salud de la Nación. (2015). *"Consejerías en Salud Sexual y Procreación Responsable"*. Buenos Aires: Ministerio de la Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010) *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Guía para el mejoramiento de la atención post aborto. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017). *Ministerio de Salud de la Nación*.
- Ministerio de Salud de la Nación y Desarrollo social. (2018). *Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva, propuesta de diseño, organización e implementación*. Argentina: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.
- ONU Mujeres. (1995). *Declaración y plataforma de acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing*. Beijing: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra.
- Página 12. (04 de enero de 2017). Uruguay: Con el aborto legal cayó la mortalidad materna. Argentina.
- Parisí, A. (2007). Sentido práctico, intervención y subjetividad: cinco tesis. Encuentro Argentino y Latinoamericano. Escuela de Trabajo Social (pp.87-100) Espacio. Buenos Aires
- Paz, A., & Ramirez, C. (2018). Los derechos sexuales y (no) reproductivos en tiempos neoliberales. *Soberanía Sanitaria*, 20-24.
- Peker, Luciana, (2011). Políticas de salud sexual y reproductiva. Avances y desafíos.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_original-balances-syr.pdf

- Petracci & Pecheny. (2007). *Derechos humanos y sexualidad*. Bs. As: CEDES.
- Rosso, Graciela. (2004). Impacto del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (creado por Ley n° 25.673), para CEPAL.

https://www.cepal.org/mujer/reuniones/mesa38/Graciela_Rosso.pdf

- Salazar García, M. (2007). *Los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco jurídico internacional*. Mexico.
- Schuste, G., & Jurado García, M. (2006). "Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva". En M. Petracci, & S. Ramos, *La política Pública de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina: Aportes para comprender su historia* (págs. 17-47). Buenos Aires: CEDES.

- Secretaría de Asuntos Estudiantiles. (2016). *Cartilla informativa para profesionales*. Córdoba: SAE- UNC.
- Sousa Campos, W. G. (11 de 02 de 2005). *Scielo- Salud Colectiva*. (U. N. Lanús, Ed.) Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/59-67/>
- Spinelli H. (2010, diciembre). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Soberanía Sanitaria*.
- Stapff, C. (2011). *Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgo y daño frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Mexico: Tradincor S.A.
- Unidad Central de Políticas de Género-UNC. (2019). “*10 años de Consejerías en derechos sexuales y reproductivos en el ámbito de la salud pública*”. Córdoba: Brujas.
- Universidad Nacional de Córdoba. (2016). *Informe Anual de Datos Estadísticos de la Universidad Nacional de Córdoba*. Recuperado el 20 de 12 de 2017, de <https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/Anuario%20Estadistico%20UNC%202016%20Web.pdf>
- Vaggione, J. M. (2012). Introducción. En J. Morán Faúdes, M. Sgró Ruata, & V. J.M., *Sexualidades, desigualdades y derechos* (pág. 13). Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociaedad Editorial.
- Ventura, G., Monsalvo, M., & Rodrigañez Riccheri, P. (2006). *Programa Remediar: gestión y resultado de un modelo innovador en APS*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.