

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

La complejidad de las sexualidades en las juventudes

Autoras: García Díaz María del Carmen,
Maidana, Malena Belén,
Quiroga, Nadia Ayelén.

AÑO 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Licenciatura en Trabajo Social

Tesina final de grado

La complejidad de las sexualidades en las juventudes

Autoras:

García Díaz María del Carmen

Maidana, Malena Belén

Quiroga, Nadia Ayelén

Equipo docente:

Paola García

Maria Teresa Bosio

Natalia Becerra

Córdoba, 2023

Agradecimientos

Como equipo, queremos agradecer primero, a la Universidad Nacional de Córdoba por los años de formación académica, que fueron construyendo saberes, aprendizajes y conocimientos críticos, éticos y políticos. Como futuras profesionales queremos contribuir fortaleciendo el campo epistemológico de trabajo social, en torno al derecho a una salud sexual en las juventudes de manera autónoma; en sus decisiones con sus cuerpos.

Agradecemos a los docentes que guiaron este proceso, en particular a la Licenciada Paola García, que nos fue guiando como transitar esta última etapa de nuestra carrera. A María Teresa Bosio que nos interpelo sobre cómo mirar las sexualidades, contemplando los derechos de las juventudes. También, a Natalia Becerra nuestra profesora de redacción por sus conocimientos y saberes transmitidos, que nos permitió poner por escrito en forma académica la presente tesina de grado.

Por otra parte, agradecemos a los sujetos que fueron parte de lo que fue nuestra intervención pre profesional las/los jóvenes y a los profesionales de salud, a quienes le dedicamos esta tesina de grado, por su predisposición y participación activa, así como compartir sus vivencias con nosotras. Por ello, agradecemos también a las instituciones que nos acompañaron en este proceso el Centro de Salud N°1-General Mosconi y el IPEM n° 169 - Rafael Escuti.

Aunque fundamentalmente, dedicar la presente tesina a los/las jóvenes porque pretendemos visibilizar sus dichos, sentires y significados. Para que sus voces, sean escuchadas en una sociedad que en ocasiones, los invisibiliza como sujetos de derecho, a una sexualidad plena y libre. A las referentes que acompañaron y sostuvieron este proceso, en particular a Carolina Tolosa.

Finalmente, de manera individual, yo María del Carmen García Díaz, agradezco al que fue mi pareja Roberto, quien me acompañó en todo momento. Lo festejó junto con él que hoy me mira desde el

cielo. A mis familiares que me acompañaron desde sus llamadas desde España, dándome fuerzas, mis amistades que hoy son mi pequeña familia argentina y estuvieron en todo momento tanto en los momentos buenos como en los más difíciles.

En esta etapa de culminación de la carrera, quiero agradecer desde mi parte Nadia Quiroga, a aquellas personas que me impulsaron y estuvieron siempre presentes en las decisiones de mis sueños. Les dedico este logro a mis amados padres Miriam y César por ser mis guías de vida, por su apoyo incondicional y acompañarme en cada etapa de mi vida desde sus lugares. También y especialmente agradezco a mi pareja Pablo, por acompañarme y apoyar mis decisiones, por su amor y solidaridad, por sostenerme y creer siempre en mí. Finalmente, quiero destacar que concluyó esta etapa experimentando una montaña rusa de emociones, cambios y crecimientos, con mi bebé tan deseada que crece dentro de mí, que es mi energía y potencia a seguir luchando por decisiones libres, autónomas y respetadas.

Al final de este camino que me dejó tantos aprendizajes y emociones, de mi parte Malena Maidana, quiero agradecer y dedicar este sueño a mi mamá Verónica que siempre me impulsó a cumplir esta meta. Me apoyo y acompaño durante estos años, brindándome su amor y contención. También, agradecer a mis abuelos y a mi hermana que siempre me extendieron su mano. Miro al cielo y sé que mi Papá y mis abuelos, siempre me cuidaron y ayudaron para seguir. Para finalizar, a mis compañeras Nadia y Carmen, que nos contuvimos y cuidamos en los momentos difíciles y felices, creciendo como profesionales en este sueño que logramos juntas.

Índice

Introducción	6
Capítulo 1: Debates teóricos en torno a las sexualidades	10
1.1 Los derechos sexuales y (no) reproductivos en el marco de las políticas públicas	11
1.2. La Sexualidad como construcción social y cultural.	21
1.2.1 ¿Qué entendemos por sexualidades desde una perspectiva integral de Derechos?	21
1.3 Las sexualidad (es) y la cuestión de género.	24
1.4. El abordaje de las sexualidades en Atención Primaria de la Salud (APS)	26
Capítulo 2: El Centro de Salud y el IPEM N° 169 como espacios Institucionales en garantía de los derechos sexuales	30
2.1 ¿Qué Entendemos por Instituciones?	31
2.2. Oportunidades y desafíos en la atención primaria de salud: situando al Centro de Salud N° 1.	32
2.3 Accesibilidad en clave de Atención Primaria de la Salud	39
2.4 El Posicionamiento del Trabajo Social en Centro de Salud N°1.	45
2.5 Procesos de articulación interinstitucional	50
2.5.1. ¿Quiénes son los/las jóvenes que asisten al IPEM n°169?	50
2.5.2 La escuela como espacio de encuentro entre los/las jóvenes: conocemos un poco del IPEM N°169.	53
Capítulo 3: La consejería en salud sexual integral y las juventudes	58
3.1 Aproximación a la construcción del objeto de intervención	59
3.2 Estrategias desde la promoción y prevención: Consejería en Salud Sexual Integral	60
3.3 Transitar las experiencias compartidas	63
3.4 La importancia de la ESI en el IPEM N°169	68
3.5 ¿Cómo vivencian las juventudes sus sexualidades en el IPEM N°169?	70
3.6 Las juventudes como sujetos de derecho a una salud sexual integral	75
Reflexiones Finales y agradecimientos	80
Referencias	82
Fuentes Primarias	90
Otras fuentes	91



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, es expresión del proceso de prácticas de quinto año en la Licenciatura de Trabajo Social, llevado a cabo en la ciudad de Córdoba durante el año 2022. La práctica tuvo un enclave intersectorial e interjurisdiccional entre el Centro de Salud Municipal N°1-General Mosconi y la escuela provincial IPEM N° 169- Juan Pablo II, llevada a cabo con los /las jóvenes que asisten a dicha institución en relación a las sexualidades.

La intervención fue clave teniendo en cuenta que el objeto de intervención se vinculó con las dificultades que tienen los/las jóvenes al acceso de la información con respecto a la salud sexual integral. Como refiere Aquín (2015), ubicamos estas dificultades como necesidades de reconocimientos que convergen desde lo simbólico, afectivo y vincular. La construcción estratégica fue el dispositivo de Consejería en Salud sexual integral (CSSI), con la participación activa de los/las jóvenes para abordar las sexualidades, a través de sus vivencias, representaciones e intereses. Con el objetivo de promover y garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y (no)reproductivos (DSSyNR) que van construyendo una ciudadanía sexual activa e inclusiva.

Nos posicionamos en la Ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673, sancionada en octubre de 2002, que estableció la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), Esta Ley garantiza el cumplimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos, en igualdad de condiciones en todo el territorio nacional y regional, ante el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos.

El trabajo final de grado, tiene como objeto de sistematización el análisis sobre cómo los/las jóvenes viven y sienten la sexualidad como derecho. El objetivo es analizar las experiencias de vida, prácticas de las juventudes en relación a sus sexualidades situadas desde una perspectiva de la comprensión y la reflexión, de cómo opera la estructura social en el ejercicio de sus derechos y autonomía

progresiva. Además compartiremos la práctica de nuestra intervención junto a los/las profesionales del Centro de salud y el IPEM N° 169, interpelaciones hacia el interior del territorio, como camino a seguir de-construyendo.

Nuestra tesis está organizada en cuatro capítulos

El capítulo uno comienza con una reconstrucción socio-histórica sobre los derechos sexuales y (no) reproductivos en nuestro país, que nos permitió vislumbrar ese camino conquistado desde la implementación de normas y leyes para reflexionar y abordar las sexualidades.

Nos posicionamos desde un abordaje integral de la salud desde un enfoque de género para contribuir al bienestar y promover la calidad de vida de los/las sujetos. Luego nos centramos en el abordaje de las sexualidades en la Atención Primaria de la Salud (APS), recuperando aportes teóricos sobre el campo de la salud pública y particularmente del primer nivel de atención.

De este modo se conceptualiza el dispositivo de Consejería de salud sexual integral que tiene sus bases en la teoría de Carl Rogers, ésta tiene por finalidad orientar, ayudar, informar y apoyar a los sujetos. Promueve el desarrollo integral, la libertad, la expresión de los sentimientos, la responsabilidad y la autonomía (González et al., 2004).

Para cerrar este capítulo nos sustentamos desde la Ley N°26.150 Educación Sexual Integral (ESI), desde el eje que nos interpela a reconocer a los/as jóvenes como sujetos de derechos, brindando información científica y validada con respecto al ejercicio de los derechos sexuales.

El segundo capítulo refleja una conceptualización acerca de la institución y las maneras en cómo se instituyen y/o consolidan variadas formas de intervención para garantizar el acceso a derechos sexuales. De allí que recuperamos concepciones, debates y prácticas de los actores institucionales y mecanismos de

trabajo, para caracterizar las dinámicas de las instituciones donde fue desarrollada la práctica pre-profesional. A partir de esa caracterización analizamos cómo se transitaron y atendieron las demandas de las/los jóvenes referidas a las sexualidades en salud y en educación, que nos permiten recuperar y abordar la política de salud sexual de manera situada. También planteamos el posicionamiento y los aportes del trabajo social desde el campo de las ciencias sociales en las instituciones. Cerramos este capítulo reflexionando sobre la caracterización de las juventudes con las que trabajamos.

En el capítulo tres desarrollamos y la estrategia de intervención que construimos colectivamente con los/las jóvenes para dar respuesta a aquellas demandas que naturalizan el modelo de atención de salud instituido por aquellas normas establecidas. Nuestro posicionamiento fue, desde el dispositivo de consejería en salud sexual integral, que consistió en llevar adelante procesos de promoción, prevención y articulación trabajando en equipo con los/las profesionales. Teniendo como propósito la subjetividad de los/las jóvenes, el reconocimiento de sus singularidades y el cumplimiento de los derechos sociales y sexuales como nuevas prácticas instituyentes.

En este sentido queremos considerar los objetivos y perspectivas que nos llevaron a la construcción de la consejería en salud sexual integral y dar a conocer el proceso y el transitar de esos caminos de aprendizajes mutuos que recorrimos.

El capítulo cuatro hace referencia tanto teórica como empíricamente a las juventudes en el proceso de nuestra práctica, reconociendo que existe una heterogeneidad de juventudes y una pluralidad de formas de ser joven que transitan distintos espacios y vínculos sociales que implica un desafío volver a mirar(se), para aprender (se) y comprender(se), siendo que son sujetos de derechos a partir de su participación activa y política en la ciudadanía sexual.

Capítulo 1: Debates teóricos en torno a las sexualidades



1.1 Los derechos sexuales y (no) reproductivos en el marco de las políticas públicas

En este recorrido histórico, abarcamos los acontecimientos sobre los modos en los cuales el Estado y los movimientos sociales, abordaron el tema de la sexualidad y los derechos. Además, mencionamos las adhesiones de nuestro país, a las Convenciones y Tratados Internacionales sobre dicha temática para dar cuenta de ese devenir normativo, que históricamente fue institucionalizando y otorgando un carácter de legalidad y legitimidad a los derechos sexuales y (no) reproductivos como derechos humanos. Esta reconstrucción, permitió comprender cómo es el escenario actual, en materia de políticas sociales nacionales y locales. Dicho contexto que fue producto de profundas luchas populares, feministas y democráticas, sin el cual no podríamos entender los procesos ni los resultados alcanzados.

La concepción de derechos sexuales y (no) reproductivos plasmada en diversos ordenamientos jurídicos a nivel internacional, recomiendan concebirlos como derechos humanos, con la obligación y el compromiso de aplicarlos por los Estados partes. Entre ellos, destacamos La Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán (1968) en el que se afirma el derecho de la mujer a una atención de salud accesible y adecuada a los servicios de planificación familiar, así como la igualdad de acceso a la educación en todos los niveles.

Además, tuvimos en cuenta, Las Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995) que establecen programas de protección del ámbito de la salud sexual. De ahí, que todas las personas tenemos derecho a ejercer una sexualidad libre, saludable, placentera, informada, sin violencias, riesgo o discriminación y a ejercer libremente la orientación sexual. Históricamente el reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos, políticos y normativos se disputa en un orden patriarcal y heteronormativo de la organización social y política de las relaciones humanas (Bosio y Crosseto, 2022).

Estos acontecimientos históricos internacionales fueron construyendo debates en el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos en el escenario nacional, que da cuenta de la brecha de los

períodos diferenciados por un lado en los gobiernos militares y por otro los gobiernos democráticos. Entre 1966 y 1973 bajo el gobierno militar de la Revolución Argentina se crea el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad que obstaculizó el acceso a la salud sexual, con el objetivo de aumentar la natalidad y proteger a la familia numerosa, disminuir la mortalidad infantil, entre otros. (Bosio y Crosseto, 2022).

De este modo, se implementaron medidas coercitivas respondiendo al ideal de familia, que analizan los autores Bocardi F. y Boccardi P (2011), a través del imaginario social de la Modernidad que quedo conformado en el modelo cristiano de familia, entre dos personas de diferente sexo para desarrollar un proyecto de vida donde tienen lugar las relaciones sexuales la procreación y el cuidado de la intimidad en la esfera privada.

No obstante, con la vuelta del Peronismo en 1973, parte de los objetivos fueron, aumentar la población para cumplir con los intereses demográficos, de desarrollo nacional, postulados que fueron apoyados y responden a la jerarquía e incidencia católica en las intervenciones públicas (Bosio y Crosseto, 2022). En 1974, durante el gobierno de María Estela Martínez de Perón, se sanciona el Decreto N° 659/74, en el que se llevaba a cabo a partir de los objetivos del plan trienal que evaluaba la tendencia de la declinación demográfica en una política de protección familiar, en la que tener hijos no fuera económicamente grave y se reconocía que pudieran tener el número de hijos que desearan (Bosio, 2022).

Las consecuencias de esa política demográfica regulaban la comercialización, venta y distribución de los productos anticonceptivos en nuestro país. Al mismo tiempo se suspendía la distribución de anticonceptivos, el cierre de consultorios de planificación familiar en el ámbito público, lo cual quedaba a la suerte de poder acceder a un servicio privado si se lo requería (Cepeda, 2022). De este modo las políticas demográficas impactaron sobre el cuerpo de las mujeres, las presiones ejercidas limitando sus decisiones y el consentimiento para ciertas prácticas.

Este decreto, generó importantes discusiones y repercusiones en el movimiento feminista que defendía el derecho de las mujeres, a acceder libremente a los métodos anticonceptivos y desarrollar una sexualidad plena. Asimismo, unió a distintas agrupaciones como la Unión Feminista Argentina, el Movimiento de Liberación Femenina que redactaron, no al embarazo no deseado, no a la esterilización forzosa, en contra de esta campaña pronatalista que limitaba el control de la natalidad. (Rodríguez, M. .2017)

Es relevante que en estos años principalmente en el año 1976 con la dictadura cívico militar, existió un control sobre los cuerpos, la planificación familiar estaba sustituida por la categoría de clandestinidad familiar, que restringía las libertades en las tomas de decisiones de la sexualidad (Cepeda, 2008). En líneas generales, la dictadura de 1976, represento un avasallamiento a los derechos ciudadanos producto del plan sistemático que consolidó el terrorismo de Estado.

En este sentido nos interrogamos ¿Cuáles son los retrocesos y avances que encontramos en la actualidad? Esto lo pudimos registrar en la práctica pre profesionales a través de la falta de información que tenían los/las jóvenes sobre derechos sexuales y (no) reproductivos para decidir sobre sus sexualidades, que aún persisten y generan exclusiones sobre de qué manera o bajo que condicionamientos se ejercen las decisiones para abordar la sexualidad a partir de determinadas limitaciones y restricciones que se imponen.

En la década de los 80, se inicia una reapertura democrática que significó la puesta en primer plano en el escenario político de los movimientos de derechos humanos vinculados a las denuncias y reclamos de justicia respecto de los crímenes cometidos por el régimen de terrorismo de Estado impuesto por la última dictadura militar. Pero además, implicó la aparición progresiva de nuevos problemas, nuevas demandas y nuevos actores. (Bosio, 2022)

Fueron años de profundos debates, divergencias, cuestionamientos y reivindicaciones en defensa de los derechos a la sexualidad que habían sido callados, limitados y restringidos por la imposibilidad de movilización en la sociedad civil durante la dictadura militar regida por prácticas autoritarias. En este contexto histórico constituye un panorama de continuar con las luchas que se venían sosteniendo de exigencia al Estado para garantizar y reconocer los derechos sexuales y (no) reproductivos como derechos humanos.

En la década de los 90 se generan políticas neoliberales de ajuste fiscal y económico con un impacto en la desigualdad social y el aumento de la pobreza (Bosio y Crosseto, 2022). Por lo dicho anteriormente, en ese contexto de medidas neoliberales hubo repercusiones en este campo de la salud pública en el que el Estado no garantizaba los derechos sexuales y (no) reproductivos de las personas.

En materia de la atención de la sexualidad, el acceso a la prevención del HIV y los embarazos no deseados, quedaba reducido a aquellas personas que contaban con recursos económicos. En los hospitales públicos solo había acceso a preservativos como único método anticonceptivo, quedando por fuera la posibilidad de elección de otros métodos anticonceptivos. (Cepeda,2008) En la Constitución Argentina en el año 1994 marcó el reconocimiento de los derechos en materia jurídica, en el que el Estado define y reconocen los derechos sexuales y (no) reproductivos en adhesión a tratados internacionales mencionados anteriormente vinculando a la sexualidad y reproducción como derechos sociales y humanos. (Bosio, 2022).

A continuación plasmamos normativas y leyes importantes como marco de análisis de la experiencia de práctica que realizamos y para la construcción de la lectura del campo problemático de la salud sexual, que otorgan determinada legitimidad al ejercicio de derechos sexuales.

En octubre del año 2002 se aprueba por la Cámara de Senadores la Ley nacional de salud sexual y procreación responsable N°. 25.673¹ con el propósito de garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población y disminuir las desigualdades que afectaban la salud sexual y la salud reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género. Esta Ley fue fundamental para nuestra intervención, porque es el marco legal a partir del cual nos insertamos en el Estado municipal y provincial.

Entre los objetivos de la Ley de salud sexual y procreación responsable, destacamos aquellos que son significativos en nuestras prácticas pre-profesionales que incluye que todos/as las personas, incluido las juventudes puedan gozar de salud sexual y procreación responsable sin discriminación, coacción o violencia; prevenir embarazos no deseados, promover información a los/las jóvenes sobre la salud sexual y (no) reproductiva; poder detectar enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Esta Ley, incluyó el derecho a los/las jóvenes a que pueden asistir a los centros de salud y hospitales públicos, ya sea para pedir información o adquirir métodos anticonceptivos a partir de los 14 años de edad, sin el acompañamiento de los/las adultos. La Ley se implementó a partir de la presidencia de Néstor Kirchner, que implicó el acceso a la anticoncepción de manera gratuita mediado por espacios de acompañamiento y consejerías.

Entendemos desde nuestro campo disciplinar que la Ley N° 26.743² de Identidad de Género, sancionada en el año 2002, reconoce y respeta la orientación sexual y la identidad de género, que implica adquirir una mirada amplia en el centro de salud N°1 y en el IPEM N°169 con respecto al ejercicio de la sexualidad, que nos permite nominar a las personas con su identidad autopercebida, respetando la configuración familiar y sus propias decisiones para acompañar el desarrollo y crecimiento de los/las sujetos sin vulnerar sus derechos. Esta Ley nos permite ampliar la perspectiva en cuanto a la identidad de

¹ <https://salud.gob.ar/dels/entradas/ley-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable-no-25673-y-decreto-reglamentario>

² https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-26.743-identidad-de-genero_0.pdf

los sujetos/as con las que nos vinculamos en la práctica pre profesional, entendiendo que cada uno/una se percibe de maneras diversas.

Cabe señalar que en el año 2003 se promulgó la Ley N° 25.808³ de Prohibición en establecimientos de educación pública de impedir la prosecución normal de los estudios a alumnas embarazadas o madres en periodo de lactancia, que dispuso que todos los establecimientos de educación pública deben garantizar el seguimiento normal de los estudios a alumnas embarazadas o madres en periodo de lactancia mediante certificado médico.

Traemos a colación esta Ley ya que nuestra estrategia de intervención consistió en proteger y garantizar los derechos sexuales y es de suma importancia valorar aquellos asuntos relacionados con el libre ejercicio de la sexualidad, en este sentido el apoyo a las decisiones respecto a lo reproductivo desde un plano integral de cuidado. Recuperamos esta Ley ya que en la institución educativa pudimos observar la continuidad de algunos/as estudiantes madres que dan cuenta de ese acompañamiento sobre la salud sexual que permite la inclusión de los/as jóvenes en ejercer su derecho a la educación teniendo en cuenta las circunstancias. Incluso uno de los objetivos que plasmamos tiene que ver con la promoción de la información adecuada sobre los derechos reproductivos y (no) reproductivos.

Un acontecimiento de relevancia en el año 2005 fue la Ley N° 26061⁴ de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en la cual se consigna que toda niña, niño y adolescente sea considerado como sujeto de derecho y nos plantea, que el Estado es responsable y garante de los derechos que se mediatizan a través de las instituciones para la protección de los derechos a partir de la

³ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2003_ley25808_arg_0.pdf

⁴ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>

creación de leyes y políticas sociales. Esta Ley nos parece relevante en nuestra práctica pre-profesional para reconocer a los/las jóvenes como sujetos de derechos y para que puedan tomar sus propias decisiones sobre su salud sexual desde una participación como ciudadanos, creando un sistema de protección y promoción integral.

De esta forma se consagró un nuevo modo de entender a los/las juventudes promoviendo el derecho a ser escuchados y que su opinión sea tenida en cuenta en los asuntos y procedimientos que les conciernen. Cabe aclarar que preferimos no hablar de juventud sino de juventudes, dado que cada época y cada sector social, postula una forma de ser joven. Como nos señala Chávez (2010) cada sociedad, cultura y época definirá la categoría conceptual de juventudes y su significado, con sentidos hegemónicos y alternos, que fueron los imaginarios sociales que definieron la condición juvenil.

Esta etapa de la vida, está ligada a cambios físicos y psicológicos, que se van fundando en la construcción de la identidad, donde se producen importantes procesos y definiciones en lo afectivo, sexual, social, intelectual, y físico que van determinando sus representaciones, en la que se debiera reconocer la autonomía y el pleno ejercicio de los derechos de las y los jóvenes. (Chaves,2010)

En el 2006, un avance en el plano de los derechos sexuales y no reproductivos, fue la promulgación de la Ley N° 26150⁵, a partir de la cual se establece el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), con el objetivo de garantizar el derecho de los/las estudiantes a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos, de gestión estatal y privada de todas las jurisdicciones de nuestro país. Esta Ley fue uno de los pilares fundamentales en nuestra práctica pre-profesional para abordar la

⁵ <https://www.argentina.gob.ar/educacion/esi#:~:text=El%20Programa%20Nacional%20de%20Educaci>

Consejería de salud sexual integral, mediante los ejes transversales que fundamenta la Ley sobre el planteo de las sexualidades.

Durante el año 2009, se sancionó la Ley N° 26485⁶ sobre la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, para la eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida cotidiana, afirmando en particular el derecho de las mujeres a una vida sin violencia sexual. Esta Ley como conjunto de esas normativas que orientaron nuestra intervención en garantía de ejercer una salud sexual integral, tiene que ver con la concientización sobre las formas de violencia que atentan con la integridad de las personas. Es por ello, que subrayamos la importancia de eliminar toda forma de violencia y discriminación en la vida pública y privada de los/as jóvenes a través de la desnaturalización de los distintos tipos de prácticas o discursos de violencia.

En este caso podemos mencionar aquellas prácticas violentas que naturalizan algunos/as jóvenes como por ejemplo los celos, el control, la subordinación en las decisiones de pareja, la desigualdad, el no ejercer sus derechos, la discriminación, entre otros son manifestaciones de esas violencias. Por lo tanto es relevante considerar esta Ley en el marco de ejercer sexualidades libres y sin violencia, ya que en ocasiones los/las jóvenes nos manifestaron que entendían por violencia y donde la encontraban:

“violencia física, sexual, psicológica, violencia en la escuela, entre mujeres, en todos lados hay violencia”. (J)

Estas voces y las representaciones nos invitan a abordar desde un enfoque integral las sexualidades de los/as jóvenes, como uno de los ejes desde el cual se trabaja la educación sexual integral y para eliminar toda forma de coacción en relación a la salud.

⁶ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf

Otro suceso importante en el plano de leyes es el Programa municipal de Salud Reproductiva y Sexualidad y Planificación Familiar, a partir de la modificación 2012, que fue sancionado por el Concejo deliberante en 1996, mediante la Ordenanza N°9479 (Bosio, 2020) con la finalidad de propiciar la procreación responsable y promover a la familia. El Programa tiene como misión incrementar la calidad de vida de los/las sujetos a partir de los 13 años para las mujeres y los 14 años para los varones.

Entre sus objetivos encontramos el acceso a la información y consejería que permiten un abordaje integral contemplando acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado; orientar el ejercicio de la paternidad y maternidad responsable; la toma de decisiones libres y responsables procreativas; prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y promover la capacitación a los profesionales de la salud.

El Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), modificado en el 2014 introduce un cambio paradigmático, en tanto que reconoce a los niños/as y adolescentes como sujetos de derecho y de acuerdo a sus capacidades pueden ejercerlos de manera autónoma (DELS, 2017). En cumplimiento de las directivas de la Convención sobre los Derechos del Niño, sigue los lineamientos de la ley 26.061, de Protección Integral de Niños/as y Adolescentes, vinculado al cuidado y las decisiones sobre sus propios cuerpos y su salud. Estos cambios son fundamentales para repensar nuestra práctica pre-profesional con los/las jóvenes en donde pueden expresar su opinión y ser escuchados en todos los asuntos que los afecten y, por el otro, a decidir el modo en que habrán de ejercer esos derechos.

En el Centro de Salud N°1, desde nuestra práctica pre-profesional trabajamos en equipo con los/las profesionales de salud la Ley N° 26.529⁷ Provincial del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, en su art. 2, ha reconocido el derecho a la atención prioritaria de la salud. Es por eso que nunca

⁷ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf

se puede negar la atención en función de la edad del/la paciente o por concurrir sin el acompañamiento de una persona mayor de edad.

Los/las jóvenes pasan a tener aptitud para decidir por sí mismas con respecto a todos los tratamientos que comprometan su estado de salud. Esto lo podemos constatar en el Art. 59 vinculado al - consentimiento informado-. Estas normas, analizadas desde el punto de vista de los/las jóvenes, resultan claras expresiones del principio de autonomía progresiva, que implica la asunción por de diversas funciones decisorias según su grado de desarrollo y madurez.

Asimismo estas decisiones como mencionamos anteriormente se relacionan con la manera de vivir una sexualidad libre. De esta manera un acontecimiento relevante históricamente fue la aprobación de la Ley N° 26.610⁸ de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que fue sancionada en nuestro país el 30 de diciembre de 2020. Dicha Ley estableció el derecho a acceder a un aborto en todos los casos hasta la semana catorce inclusive y la atención posaborto de todas las personas con capacidad de gestar.

La Ley incluye que todos/as los/las sujetos/as puedan recibir atención totalmente gratuita tanto en el sistema público, como en obras sociales y prepagas recibiendo un trato digno y respetuoso de las autonomías. Nos parece relevante traer esta Ley, ya que se pudo trabajar con algunas dudas que surgieron en la Consejería de salud sexual integral a través de algunas voces:

“Mi amiga no quiere tener a su hijo y quiere abortar”. “Estoy embarazada, no sé qué hacer si tenerlo o no” (J)

Sostenemos teóricamente desde Bosio y Crosetto (2020) que las acciones que se derivan de leyes y normativas, del Estado para con los/las ciudadanos, pueden ser vulneradas o incumplidas. Ello implica

⁸ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/ley-no-27610-acceso-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive-obligatoriedad-de-brindar>

no sólo una problemática desde el punto de vista jurídico, sino también, político en relación a problemas de justicia social.

Los avances y retrocesos del recorrido histórico, reflejan el camino transitado en materia de la sexualidad como derecho. ¿Podemos identificar en la actualidad hechos que nos remontan a esa historia? Este interrogante nos interpeló sobre los espacios permitidos -o no-, para la promoción de los derechos sexuales, sobre la existencia de debates y disputas conservadoras en relación a la sexualidad, las resistencias a las normativas que protegen los derechos sexuales, entre otros.

Desde los años 90, los derechos que se han conquistado en este campo, a partir de los 40 años de democracia que vienen transcurriendo en Argentina, estaban relacionados con las demandas y movilizaciones de los feminismos que tomaban en su agenda de acción las sexualidades como ejes. Es necesario resaltar cómo las mujeres y los movimientos feministas pusieron en discusión nuestros derechos sobre la sexualidad. En esa línea reivindicamos sus luchas y también las disidencias sexuales como principales protagonistas en materia de DDSyNR.

1.2. La Sexualidad como construcción social y cultural.

1.2.1 ¿Qué entendemos por sexualidades desde una perspectiva integral de Derechos?

En términos institucionales, la OMS (2006) define:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. (p.1)

Esta definición nos aportó comprender a las sexualidades no solo basándonos en las relaciones sexuales, sino también en las significaciones, sentidos posicionamientos, que responden a múltiples

formas de vivirlas. Como equipo asumimos una perspectiva crítica y una mirada que recupera al sujeto independiente de su capacidad reproductiva. Con el fin de abordar una sexualidad desde el placer, recuperamos el aporte teórico de Freud (2013) que sitúa al placer en torno a las experiencias sexuales y a su vez, son la base de jerarquías que opera las prácticas eróticas consideradas más placenteras que otras y por ende más valoradas, justificadas por el amor y otras ilegítimas por su ausencia

En el psicoanálisis de Freud (2013), el deseo sexual se rige por el principio de placer, que se concentra en todo el cuerpo. Asimismo este placer se enfrenta a los prejuicios, mitos y tabúes que definen lo que está bien o está mal visto. Esto implica una atención con respecto a lo que se considera como prohibido que trasciende las normas impuestas estructuradas socialmente, dando cuenta de la autonomía de los cuerpos, el acceso a los derechos y el disfrute con mayor plenitud en torno a una sexualidad.

En este sentido los derechos sexuales y (no)) como un derecho humano se vinculan con el libre ejercicio de la sexualidad, desde gozar de igualdad, respeto mutuo y responsabilidades compartidas. Los derechos reproductivos comprenden: “aquellos derechos básicos de las personas y parejas, que se vinculan con el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción humana, independientemente de la edad, condición social, raza y religión.” (Bermudez, 1996, p.12)

Existen prácticas sexuales no reproductivas, Miller (2001), señala que “(...) la conjunción de los derechos sexuales con los derechos reproductivos ha provocado que los derechos sexuales sean considerados como un subconjunto de los derechos reproductivos” (p.87). Más adelante, menciona que este estatus ha desaparecido en personas de diferentes edades e identidades sexuales fuera de la norma, ya que hoy están vigentes estos derechos sexuales no reproductivos como la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Nos interesa resaltar posicionamientos y miradas sobre la sexualidad como construcción social, por ello, retomamos autores que fortalezcan lo que buscamos decir con mayor claridad. Desde ese lugar, “la regulación de lo sexual, entonces, establece fronteras que estructuran de manera desigual a la población” (Vaggione, 2012, p. 17), donde invisibiliza, esconden o rechazan las distintas formas sobre la sexualidad, ya sea por la clase social, edad, raza, etnia o género. Desnaturalizar la sexualidad es un paso necesario para una revisión crítica de la misma. Algunas de esas fronteras que jerarquizan de manera desigual al orden sexual, son las restricciones de quienes pueden ser parte de una relación sexual legítima, de cómo debe realizarse y el para qué de las relaciones sexuales.

En ciertos contextos, se intensifican las resistencias y reacciones del orden sexual conservador y tradicional que legitima la heteronormatividad, como formas de control y vigilancia de la sexualidad; en la que es aceptado y reconocido ya que sus jerarquías y exclusiones no se discuten, desde la influencia de las instituciones religiosas, las del Estado, la legitimidad de aquellos que la obedecen, las regulaciones médicas, científicas, psicológicas y éticas o legales (Vaggione, 2012).

Tomamos a consideración la existencia de sectores que interpelan al orden sexual instituido, que intentan modificar la legitimidad de los derechos en sentidos más amplios y diversos a través la movilización de los feminismos en la política pública. “Así, la política que inauguran estos movimientos interrumpe la ilegalidad, la invisibilidad o el secreto sobre la sexualidad y la vuelven parte central de los debates públicos” (Vaggione, 2012. p.30).

Por lo expuesto, recuperamos los aportes de Brown (2009) que entiende a la sexualidad como un tema de interés común a todos/as es decir cómo pública. Estos argumentos están relacionados con el Estado, ya que tienen que ver con cuestiones generales, sociales y del interés colectivo. En esta línea, la autora menciona, por un lado, la perspectiva liberal en la regulación de la sexualidad. Por otro lado, la perspectiva republicana que pertenece a aquellos temas que se debaten en el ámbito público con las

mediaciones de políticas sexuales, donde la sexualidad es un fenómeno complejo, más integral, ligado principalmente a la persona, sus condiciones sociales, culturales, políticas-económicas y medioambientales donde se encuentra insertos/as. En este sentido la autora sostiene que es crucial implicarse con un otro/a en los debates para la ampliación de derechos y de perspectivas sobre sexualidad.

1.3 Las sexualidad (es) y la cuestión de género.

En este apartado, se establecen conceptualmente las diferencias entre sexo biológico y género construido culturalmente (Butler, 2001), el sexo es un atributo biológico dado, de ser macho o hembra; y que el género es una construcción cultural de ser varón o mujer. Con lo cual, queda claro que “(...) nadie nace con un género, ya que este es adquirido” (Butler, 2001. p.142).

El concepto de género es dinámico y hace referencia a los comportamientos y atributos de la sociedad, que considera deseables y esperables de los/las sujetos. Toda persona al nacer se le asigna un sexo a partir de determinadas características físicas y fisiológicas. Por ejemplo: en relación a las características físicas, como los genitales aquella persona que nace con vulva es considerada mujer y se asocia a lo femenino. En tanto que a la persona que nace con pene se le adjudica el concepto de varón y se vincula a lo masculino. Expresando así un binarismo de género que se reproduce social y culturalmente, de esta manera se establecen relaciones de poder donde los varones tienen más privilegios que las mujeres.

A lo largo de la vida, desde temprana edad, a las niñas se les educa desde los cuidados y los afectos, conductas de pasividad, sensibilidad, simpatía; es decir, se sancionan las conductas de agresividad o conflictividad. Mientras, por otro lado, a los niños se les permite que se ensucien o practiquen juegos arriesgados, que en ellos se fomentan juegos de fuerza y acción; es decir, están invisibilizadas las emociones. (Butler, 2001). En esta línea, cumplimos con los roles que se asignan a la conducta de lo que se espera de cada uno /una en la vida cotidiana.

El contexto social se encuentra atravesado por el género, ya que hace referencia a los comportamientos y atributos, que la sociedad considera esperables y deseables. En la actualidad, en las sociedades capitalistas, el género dominante es de carácter patriarcal, lo cual significa que privilegia a lo masculino. Las prácticas y creencias culturales prevalecientes que menciona la autora Butler (2001), sobre la construcción cultural de lo masculino y lo femenino, y las relaciones entre los géneros, moldean los significados sexuales y permiten establecer algunos vínculos entre estas.

Entonces, percibimos que la perspectiva heteronormativa⁹, que se entiende como una concepción social desde lo normativo y deseable generando dinámicas de exclusión hacia todo aquello que no se ajusta a las reglas establecidas (Menéndez, Daunas y Tallón, 2022). Esas prácticas sexuales están vinculadas a la procreación y sus cuidados y no al ejercicio de la sexualidad.

No obstante como se sostiene en (Sostiene Bosio y Crosetto, 2020 a partir de los desde los aportes teóricos de Pecheny 2007) “(...) la noción de derechos sexuales implica el reconocimiento del valor de la sexualidad para la realización personal, independientemente de si se asocia o no con el fin reproductivo y la salud.” (p.298). Estas construcciones de género limitan las posibilidades de usar anticonceptivos, sobre todo, si los métodos requieren la participación o aceptación del varón.

Las reivindicaciones del feminismo así como políticas con enfoques de derechos, re politizan las sexualidades, provocando disputas y tensiones. Como plantea Vaggione (2012), esto se visibiliza en ámbitos de la sociedad donde hay una mirada opresora y jerárquica sobre las sexualidades, especialmente sobre las mujeres (reproducción-anticoncepción).

⁹ Menéndez, Da unas, Tallón. Guía sexualidades y adolescencia LGBTI. Herramientas, ideas y recursos para acompañar adolescentes lgbti. Esta propuesta surge por parte del equipo de SEXus, aborda la sexualidad de una forma integral, ofreciendo información, libre de prejuicios morales, promoviendo la autonomía y facilitando la toma de decisiones sobre la vida sexual.

Los movimientos feministas, ponen a las sexualidades como una dimensión de lo público y un derecho a ser reconocido por las sociedades, el Estado y las políticas públicas. Este pensamiento feminista, como nos refiere la autora Rodríguez (2017), que tiene capacidad para modificar visiones teóricas y elaborar herramientas que permitan abordar temas cruciales que generan desigualdad, discriminación y dominación de clase, de género, de etnia, entre otras. La acción colectiva de protesta y resistencia de las luchas feministas otorgan visibilidad a la ampliación del reconocimiento por derechos de la ciudadanía. Cuestionan intersecciones biológicas, normativas, narrativas universales de prácticas sexuales obligatorias que organizan la organización de la vida social que se ponen en tensión.

1.4. El abordaje de las sexualidades en Atención Primaria de la Salud (APS)

En este apartado nos propusimos comprender el campo de la salud pública a partir de aportes teóricos de Spinelli (2010), quien define el 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 en juego” (p. 276)

Tal definición involucra las prácticas y discursos de los agentes de salud, poniendo en juego lo instituido, lo habitual y lo instituyente, como procesos de emancipación social y rupturas que tienden a repolitizar los derechos de ciudadanía.

El autor propone una mayor comprensión de los modelos de atención de los procesos de salud-enfermedad. De esta forma, la salud es un hecho social complejo e integral, interpelada por distintas posiciones de poder, con disputas de capitales entre los agentes que participan en esta relación.

Por su parte Acuña & Chudnovsky (2002), analizan que el campo de la salud está compuesto por tres subsistemas: público, de las obras sociales y el privado. En este sentido, nos enfocamos en el sector público que está integrado por el Ministerio nacional, provincial, municipal y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, como un derecho humano a la salud-enfermedad-cuidado. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados/as.

El mismo se caracteriza por la organización escalonada de las prestaciones de los servicios en diferentes niveles de atención, e intentó lograr un uso equilibrado de la disponibilidad de herramientas para satisfacer las necesidades de la población.

Específicamente, la Atención Primaria de la salud se define según la Declaración de Alma Ata como:

Una parte integral del sistema sanitario del país, siendo su función central y principal objetivo, el progreso general social y económico de la comunidad. 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 que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud. (Ase & Buriyovich; 2009, p.33)

La delimitación conceptual de la APS explicitó que, si bien el objetivo universal es garantizar el acceso y la promoción de la salud como derecho, también, se deben tener en cuenta las limitaciones e imposibilidades en relación a los recursos que poseen los diferentes Estados. Los ejes de trabajo del primer nivel de atención de la APS con la comunidad son: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Bosio, 2022). Esto da cuenta que están interrelacionadas y dependientes una de las otras restantes en un proceso social histórico que configura el acceso a la política de salud.

El modelo tradicional de atención de la salud sexual en APS está centrado en la reproducción, en el control de la procreación, en las enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, en un tipo de abordaje de consulta individual que priorizó la prevención y atención de las enfermedades (Bosio, 2022). Con ello, se habilitó el acceso a las mujeres, incluso en los controles de niño/a sano/a asumiendo los roles de la maternidad.

En este marco, el abordaje de salud sexual y reproductiva es concebido como un dispositivo que se centra en la familia heteroparental, dejando por fuera a las diversidades en el suministro de métodos anticonceptivos y la realización de prácticas preventivas, sin garantizar la igualdad de oportunidades, para las personas con capacidad de gestar o no. Así, la sexualidad prima como asunto privado, en búsqueda de respuestas desde el paradigma hegemónico de salud. (Bosio, 2022).

Algunos de los debates conceptuales que han tenido más influencia en el quehacer de la salud pública en el primer nivel de atención, se relacionan con los paradigmas de las transiciones que han modificado la conceptualización del campo de acción de la salud, que aparecen relacionadas con la perspectiva histórica del análisis del proceso salud–enfermedad.

Entendemos que cuando hablamos del proceso salud- enfermedad, no sólo se debe hacer alusión a un paradigma médico hegemónico en su sentido biológico e individual centrado en la enfermedad como un hecho puntual, ya que no le permite ver más allá y se olvida al individuo como un ser integral que se encuentra inserto en la sociedad y que las condiciones y relaciones también son causa de enfermedades (Belmartino, 1988).

Este paradigma se centra en la orientación curativa, que no tiene en cuenta las historias, las condiciones socio económicas, las culturas, en la medida que se va construyendo una relación asimétrica médico-paciente basada en la superioridad del saber.

Lo pudimos observar a través del relato de una de las voces que surgieron en una de las reuniones que se realizó en la casita cultural. El segundo relato se extrajo de una de las entrevistas realizadas a una de las referentes institucionales:

“Me fui a colocar un DIU y me dijeron que no me lo podía colocar porque era chica, al final tuve que aceptar otro método que me dieron ellos” (RC)

"En la DAPS los médicos ginecólogos son los más conservadores en estos temas" (RZ)

Es por ello que entendemos a la salud como proceso que ocurre en la dimensión social, es decir, en los modos de organización de la sociedad que corresponden a patrones de trabajo y consumo de distintos grupos. De esta forma se instala en la subjetividad de los individuos una serie de significaciones que declaran lo que debe considerarse apropiado en la sociedad y los tratamientos correspondientes, deslegitimando otras alternativas no avaladas científicamente. (Belmartino, 1988).

En este sentido Breith (1986), planteó que las condiciones de salud son una construcción desde lo económico, social y político, que están relacionadas con esas condiciones de vida y son el resultado de un proceso dinámico donde la vida social se desarrolla a través de las necesidades de los/las sujetos que repercute en los problemas de salud de manera individual y colectiva, que se trabaja mediante la participación social siendo una responsabilidad de todos/as.

Es fundamental poner foco desde una perspectiva de la medicina social que proviene de los aportes de las Ciencias Sociales que influyen en cómo viven los/las sujetos su vida sexual en el abordaje en los territorios de los derechos sexuales y (no) reproductivos. Por consiguiente el entretendido de las redes es clave no solo desde un trabajo colectivo con la comunidad.

Capítulo 2: El Centro de Salud y el IPEM N° 169 como espacios Institucionales en garantía de los derechos sexuales.



2.1 ¿Qué Entendemos por Instituciones?

La institucionalización se genera a partir de las acciones repetidas y habitualizada de la vida histórica de los individuos en la sociedad. Este acto que se repite con frecuencia crea una pauta que es aprendida como tal por el que la ejecuta, como ser existen cien formas de hacer una cosa y la habituación la restringe a una sola forma. “Es el mecanismo para explicar el orden social: Las instituciones han sido concebidas para liberar a los individuos de la necesidad de reinventar el mundo y reorientarse diariamente en él” (Berger y Luckmann, 1968 p. 81).

De igual manera, autoras más contemporáneas como Dubet (2007) y Garay (2006) aludieron a una noción de institución que por un lado, tiene la función de instituir un orden simbólico, según las necesidades del sistema y por otro lado, al conjunto de estructuras sociales que se expresan en leyes, pautas o códigos que regulan la actividad humana y las formas de intercambio social. Esta noción no solo designa un modo de organización, sino que también, caracteriza un tipo específico de socialización y de trabajo sobre el/ otro/a. Así la escuela, la familia, la iglesia, la salud, la sexualidad son instituciones porque inscriben una cultura en la subjetividad de los individuos; instituyen una manera de ser, pensar y actuar según un orden social-cultural.

Cabe señalar, que no es lo mismo institución que organización, las formas de organización, representan el establecimiento material, el edificio vendría a ser, la jerarquización de las relaciones, los modos de disponer recursos, tiempos, tecnologías. Es decir, es el modo, el escenario y la base material concreta en el que se materializan las instituciones. (Garay, 2006)

Garay (2006) recupera la categoría conceptual de cultura institucional que refiere a los usos, costumbres, a una forma establecida de trabajo que es habitualizada, en la que se expresan relaciones entre normas, reglas y significados, prejuicios, representaciones, entre otros, que pautan el comportamiento de

los actores sociales y condicionan su percepción de la realidad. Las representaciones sociales forman parte de la cultura institucional, ya que guían los comportamientos de los sujetos.

Desde ese lugar, la cultura institucional es una instancia simbólica que persigue determinados fines y funciones, así encontramos sujetos que están socializados. Pero, sin embargo, no determina por completo la conducta de los individuos; cada sujeto se percibe como un individuo libre y autónomo capaz de ser el autor de sus propios juicios y acciones. Esto quiere decir que pueden elegir, acatar o no esas normas/costumbres instituidas, naturalizarlas o también criticarlas, cuestionarlas, ser capaces de producir acciones singulares.

Las instituciones son producto de las propias acciones que las construyen y la constituyen. Éstas se dan en un doble movimiento de lo instituido, lo habitual, lo hablado y lo instituyente, la ruptura de lo habitual, las oposiciones, las contradicciones de lo hablado Kaminsky, (1994). Para dar cuenta de lo instituyente, como ruptura de la manera instituida de atender a las sexualidades, es que surge la iniciativa de generar nuevos espacios de consejería en salud sexual integral en la escuela secundaria, para superar el modelo tradicional de atención. Como así también, llevar a cabo nuevos desafíos para la Educación Sexual Integral, trabajándola con una estrategia diferente, de forma conjunta a partir de los intereses con los/as jóvenes para interactuar sobre las sexualidades.

2.2. Oportunidades y desafíos en la atención primaria de salud: situando al Centro de Salud N° 1.

El Centro de Salud N°1 de Atención Primaria de la Salud, está ubicado en Barrio Gral. Mosconi en el sector noroeste de la Ciudad Córdoba, sito en Pedro Naòn N° 1330. Con respecto a la estructura organizacional, el Centro de Salud N° 1 corresponde a la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS), que recientemente comenzó a depender de la Secretaría de Prevención Comunitaria, la cual coordina 96 Centros de Salud, distribuidos en 6 zonas sanitarias, cubriendo la mayoría de los barrios de la

capital. El centro de salud de Mosconi, se encuentra ubicado en la zona sanitaria 1, dentro de la misma, se encuentran 15 centros de salud de los cuales solamente uno, cuenta con trabajadora social.

De acuerdo a la conformación del Centro de Salud N°1 está conformado por la diversidad de profesionales, entre ellos la ginecóloga, médico generalista, enfermeras, encargada administrativa, odontóloga, pediatra y trabajadora social. El Estado municipal ha participado en la construcción del campo históricamente hegemónico y organización de las diversas profesiones que lo componen, donde los/las médicos/as ocupan lugares de reconocimiento en el primer nivel de atención en relación con otras profesiones como el trabajo social o la psicología. Un ejemplo se observó en nuestra práctica pre-profesional en el centro de salud N°1, en donde el médico ocupa lugares jerárquicos de conducción y decisión en la función designada de encargado.

Desde la APS, algunos de los/as profesionales del centro de salud llevan a cabo sus prácticas desde el paradigma de la medicina social, conceptualizado en el marco teórico del capítulo 1, que mediante la escucha atenta, vinculación, participación y acompañamiento con la comunidad permiten mayor autonomía en las decisiones de manera integral para trabajar las problemáticas o demandas de salud. Para ello traemos una de las voces de una referente:

"logramos indagar cómo APS en donde vivís, cuáles son tus recursos económicos, intentamos aconsejar en lo social, a veces yo veo que mujeres vienen porque el marido le pide que quiere otro hijo y ella no quiere y vos te das cuenta que la mujer no quiere pero bueno la elección es de ella de decidir si quiere embarazarse o no." (G)

Lo anteriormente mencionado sobre el enfoque social para intervenir en el campo de la salud sexual nos permitió articular con la escuela secundaria y abordar las sexualidades a partir de la

flexibilización y apoyo de los trabajadores de salud teniendo en cuenta los contextos sociales de los/as jóvenes.

Observamos la presencia del trabajo comunitario en equipo y en red, que permite la visibilización, el abordaje, el sostenimiento y acompañamiento de procesos de salud, a fin de garantizar el acceso desde una mirada integral. Se trabajó en red, con la Casita Cultural de barrio Los Álamos en talleres de estimulación temprana, también con las mujeres del territorio en la participación de la feria comunitaria; además el centro de salud brindó actividades de prevención del cáncer de mama y campañas de vacunación. Por su parte el centro de salud cuenta con la presencia de promotores de la salud que provienen de la Secretaría de Prevención de Adicciones en el que se realiza un trabajo interjurisdiccional, colectivo y de articulación con una asociación civil de vecinos/as brindando espacios de contención, participación, expresión y escucha a la comunidad.

Otra de las actividades que pudimos registrar que enriquecen a ese trabajo colectivo, en red y comunitario consiste en la presencia de diferentes referentes institucionales, incluyendo al centro de salud, y jóvenes de diferentes escuelas del territorio al Congreso nacional de participación ciudadana y descentralización que contribuyó a la presencia y encuentro entre los diversos jóvenes para debatir sobre el acceso a la salud. Como menciona La Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo (**AWID**, 2004), es necesario entender que la intersectorialidad significa un principio de colaboración y coordinación entre todos los órganos relacionados con la salud directa o indirectamente, sin que en ningún momento pierdan autonomía ni identidad.

En palabras de la trabajadora social del territorio vislumbramos la importancia de la existencia de las articulaciones en red:

"El trabajo intersectorial es la única manera de abordar los programas sanitarios. El sector salud no puede solo, porque además en la salud no hay límite" (RZ)

Otro aspecto importante, que pudimos observar en el centro de salud N°1 es la interdisciplina como garantía de un abordaje integral que permite una perspectiva más amplia y apropiada para enfrentar nuevos desafíos en salud. Constituye una herramienta necesaria para intervenir desde la complejidad, teniendo en cuenta múltiples factores que determinan o condicionan la salud de las personas. Invita a ampliar las miradas desde las diferentes herramientas científicas. Lo que permite potenciar el aporte de la salud comunitaria mediante la prevención, la promoción y asistencia de manera integral en el primer nivel de la atención. (Bosio, 2021)

En este sentido se pudo observar que el trabajo interdisciplinario en el Centro de Salud es través de las reuniones de equipo, donde participan los/las profesionales de salud. En tales reuniones se debatían y consensuaban temas de su cotidiano para buscar soluciones en forma conjunta sobre los malestares y demandas que surgían en el centro de salud. Una referente nos comentaba:

“nosotros tenemos una apertura interdisciplinaria, como que no me aboco solo a ginecología, es decir, la consejería la puede hacer la pediatra, el médico clínico o la asistente social” (G)

Acorde a lo expuesto, consideramos fundamental el trabajo interdisciplinario para comprender la realidad de las comunidades y la complejidad del abordaje de los derechos sexuales y (no) reproductivos que posibiliten deconstruir las prácticas hegemónicas que obstaculizan una mirada integral y compleja de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados.

Desde el Centro de Salud N°1, se enmarcan las acciones en torno a la salud sexual a partir del Programa Municipal de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar. Observamos que el programa tiende a la regresividad, no solo porque cuestiona el hecho de quienes pueden o no opinar en

relación a los distintos temas de sexualidades, sino también, porque admite solo que participen ginecólogos con sus miradas biomédicas impuestas en las prácticas sobre sexualidades, anulando la revisión de otros actores de la política sanitaria (Bosio, 2022). Existen también barreras impuestas ante la sexualidad como un asunto médico, cuestiones que quedan por fuera de lo normativo del programa como los sentimientos, las sensaciones, los problemas y la cuestión del placer sexual para el abordaje de las sexualidades. Dicho lo anterior recuperamos discursos de la referente institucional como:

"En todos los programas hay revisiones periódicas que se van actualizando, el vinculado a la salud sexual está bastante viejito. Está atrasado en un montón de cosas, sigue hablando de la responsabilidad en la familia, bien biólogo" (RZ)

Dicho Programa se encuentra desactualizado y sin modificaciones en relación a leyes vigentes que ponen en cuestión las conquistas de los movimientos de mujeres y disidencias sexuales, como la Ley de Identidad de Género 27.743 que se aprueba el mismo año en que es revisado el Programa.

Observamos que en el Centro de Salud N°1 se reproduce la atención individual, en la organización de la consulta o de los turnos, en el seguimiento o no de las demandas de quienes se acercan. El modelo de atención de la salud sexual prioriza la procreación y reproducción de las maternidades, definiendo acciones que se acotan en la anticoncepción como acción preventiva y a la promoción desde lo colectivo territorial como por ejemplo, el seguimiento de embarazos, control de infecciones de transmisión sexual, prácticas preventivas como papanicolaou, entre otros. Con esto queremos decir, que pasa a ser biologizado desde los rasgos estructurales de la medicina tradicional o modelo médico hegemónico, que atiende a la enfermedad individual puertas adentro de un consultorio, dejando por fuera los sentires, experiencias, emociones, entre otros.

El trabajo institucional que realizan algunos/as de los/las profesionales respecto a las sexualidades se aboca a lo reproductivo obstaculizando respuestas diversas para el abordaje territorial de los derechos sexuales y (no) reproductivos. Para dar cuenta qué se prioriza en la atención, retomamos palabras de un actor institucional que describen aspectos unidireccionales entre médico y paciente:

"Cuando hago la Consejería en salud reproductiva, las chicas cuando vienen para anticoncepción es explicarles qué es la anticoncepción." (G)

"les explico la cultura del DIU y les explico que no se quedan embarazadas y por qué deben realizarse los controles", "por ahí hemos tenido enfermedades de transmisión sexual y han venido con las parejas y re bien los chicos con las charlas".(G)

A su vez observamos que algunos agentes de salud naturalizaban la heterosexualidad dando por sentado solo la relación entre hombre y mujer; como también el dominio del hombre sobre la mujer para decidir sobre métodos anticonceptivos. Traemos algunos comentarios referido a lo expuesto:

"hemos tenido los controles de embarazo y ahí van varones que acompañan a sus parejas estén juntos o no estén, ahí está muy lindo cuando la acompañan" "la anticoncepción es una decisión en pareja". (G)

De igual manera, se observaba que las diversas identidades no concurrían al Centro de Salud y no se implementaban formas homogéneas de intervención en algunos agentes de salud. Traemos el relato de un referente zonal, el cual nos comentaba:

"las identidades diversas no están pensadas en el Programa, tampoco hay muchas capacitaciones o estrategias para los trabajadores. En las consultas de todas las profesiones, se espera a que se siente una persona cis mujer, a los varones se los espera poco. De la población trans, digo de toda la diversidad es como que estuviera invisibilizado, como que no existiera" (RZ)

A su vez, otro referente, nos plantea:

“fue el único paciente que he tenido acá. No concurren acá, creo que es por el hecho de qué cómo es APS van directamente a un lugar de segundo o tercer nivel” (G)

Lo expuesto de los relatos por algunos/as profesionales, evidencia que solo las mujeres o parejas heterosexuales acuden a las consultas ginecológicas naturalizando la heteronormatividad. La mirada patriarcal sigue imponiendo determinadas creencias en las formas de atención en APS, que se ve reflejado en algunos/as trabajadores de salud dado que el programa municipal excluye las diversidades. Sin embargo también se observan otros profesionales que buscan romper con creencias naturalizadas para ampliar sus visiones sobre el ejercicio de la sexualidad, en este sentido nos comentaban:

“me capacito en género”, “no concurren diversidades pero si concurrieran les brindará acompañamiento otorgándoles información” (TS)

La información sanitaria brindada por profesionales de salud en APS, resulta clave para la toma de decisiones libres, y debe entenderse como “aquella que debe ser de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del sujeto” (Deza Soledad y Aizenberg Lila, 2017. p. 25). En ciertas situaciones vemos, cómo se observan ciertos obstáculos no solo en el acceso a MAC sino al mecanismo que implementan algunos/as profesionales de salud para su entrega, por imponer sus interpretaciones y valores morales en la sexualidad de los sujetos, sin recuperar sus deseos y necesidades, con participación subordinada, pasiva y de exclusión del conocimiento de las personas que concurren a las atenciones.

En vista de que existe una fuerte hegemonía médica y cómo de alguna manera es aceptada por la población recuperamos discursos la referente institucional que dan cuenta de ella:

"Los trabajadores en atención primaria de la salud tenemos mucha autonomía para implementar la política que está escrita por que hasta tenemos la posibilidad de inventar cosas para generar obstáculos

como horarios de atención, sino tenes el domicilio no atendemos, que se dan pocos turnos, es decir cuando uno implementa es un nuevo escribiente de la política, en algunos centros se obstaculiza mucho" (RZ)

Por otro lado las tensiones se ligan a la provisión de recursos no siempre accesibles, lo que en algunos casos se limita a información clara, precisa y completa. La escasa disponibilidad de insumos sigue siendo un aspecto que limita la decisión libre y autónoma de las personas. En este sentido nos expresa la referente institucional:

"Tenemos un Comité de Salud Sexual Integral, en la cual las chicas hacen maravillas para brindarnos los insumos de anticonceptivos, pero eso va más allá de la gestión, no tenemos, no disponemos y es una barbaridad. Esa es la realidad". (RZ)

"No hay mejor anticonceptivo que el que uno elige, el punto es que no siempre lo que yo elija hay". (RZ)

En otras palabras, las prácticas de algunos agentes o efectores de salud ligadas a lo médico hegemónico, la gestión y disponibilidad de insumos se presenta como factores obstaculizadores para el abordaje de los derechos sexuales y (no) reproductivos limitando la autonomía de las decisiones de las personas ya que la accesibilidad a insumos materiales y simbólicos presenta dificultades por su discontinuidad.

2.3 Accesibilidad en clave de Atención Primaria de la Salud

Cuando hablamos de accesibilidad lo hacemos en términos de "construcción colectiva y eminentemente política, que da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias a la población" (Carballeda 2014. p.18). De esta manera, la accesibilidad va configurando posibilidades o limitaciones tanto a los sujetos/as como a los/las

profesionales. Entendemos que acceder a una política de salud universal o focalizada se articula en el cruce de las problemáticas sociales que son complejas y diversas.

La accesibilidad se presenta desde diferentes aristas, una de ellas es la delimitación geográfica en tanto al área programática, que es constitutiva y operativa desde APS. Permite organizar las tareas en un determinado espacio poblacional que posibilita una planificación socio-sanitaria situada. Es decir, esta definición plantea una delimitación del territorio como una responsabilidad colectiva entre todos/as. (Morillo, Bocco, Suarez, 2008)

El área programática es variada, y está vinculado por un lado, con el número de habitantes o ciertos rasgos socioeconómicos y por otro lado, por discursos que se trabajan de manera interseccional ligados a cuestiones de género, raza, etnia y generación que comprenden situaciones de opresiones múltiples y simultáneas. Ejemplo de ello, es que algunos de los/as jóvenes que asisten al IPEM N° 169, no podían acceder al Centro de Salud N°1. Algunos de ellos nos narraban:

“No me quisieron atender por que no pertenezco a ese barrio” “no sé a qué centro de salud tengo que ir” “A veces no se bien a qué centro de salud tengo que ir para que me atiendan” (J)

Esta delimitación geográfica responde a la política sanitaria desde el Programa Municipal, ya que la gestión del mismo se planifica a nivel central, identificando unilateralmente los problemas y las respuestas, que desconocen singularidades, simplifican demandas y generalizan las necesidades de los pobladores, por ello como plantea el autor Carballada (2018), que la misma política sanitaria vinculada a los centros de salud presenta estos obstaculizadores en un terreno de complejidades, dudas y dificultades que atraviesa la intervención.

Asimismo un rasgo distintivo a destacar en términos de organización del trabajo en el centro de salud, retomando a Ferrara (1985) es lo que denomina accesibilidad administrativa que es el horario de

funcionamiento de los Centro de Salud. De esta manera el horario de atención en términos de facilidad con que la comunidad puede acceder a sus requerimientos de salud, se reduce en este Centro de Salud de 7 am a 15 pm, limitando el acceso en otros horarios, en la que establece rígidamente requisitos de exclusión en la atención.

En equipo nos preguntamos ¿qué sucede con los/las que tienen solo tiempo disponible por la tarde?, ¿qué ocurre con los/las jóvenes que pertenecen a otra área programática? Al limitar el horario de atención dejan por fuera a otros sectores de la población y la disponibilidad de atención genera una escasa accesibilidad que restringe turnos para consultas, la obtención de métodos anticonceptivos o la concurrencia.

En tanto al acceso al servicio de salud sexual encontramos diferenciados circuitos de atenciones respecto a las prácticas de los agentes de salud, desde considerarlo como una urgencia mediante turnos protegidos, que permiten la atención de carácter de urgencia, hasta generar turnos programados con extensiones de tiempo, requerimiento de horario o solicitar estudios complementarios. De ahí que tiene que ver con las prácticas que implemente el/la profesional o con la organización del centro de salud:

"Hay alguna población que no sabe el horario que puede concurrir al centro de salud para cualquier cosa, entonces son cosas que van repercutiendo en las prácticas. También por ejemplo con la colocación del diu, del implante, no se sabe que estudios tiene que tener o no". (G)

"hay muchos requisitos para realizarse un Papanicolaou y nadie va a ir obviamente si tiene que hacerse como algo previo y encima cuando vas te ponen muchas trabas y no vuelven" (RZ)

La organización para el abordaje de esas prácticas mencionadas anteriormente, queda librada a las concepciones y criterios del equipo o de las profesiones hegemónicas que van repercutiendo e influyendo

en los resultados. Es decir, los obstáculos burocráticos también suponen una barrera para acceder a la salud sexual.

A sí mismo la accesibilidad como categoría teórica aportó elementos para entender la salud como proceso social para aproximarnos al entramado de acciones en los territorios y equipos de salud.

En consonancia con lo expuesto, surgieron de ciertos relatos la falta de recursos humanos que conforma parte de la estrategia de APS para mejorar la calidad de vida de los/las sujetos impactando en las condiciones organizativas de trabajo cotidiano. Para dar cuenta de ello recuperamos las voces de quienes formaron parte de la práctica que da cuenta de esa accesibilidad en el centro de salud:

“faltan profesionales, no es que los profesionales trabajen mal, están sobrepasados de trabajo”
“Haría falta otra ginecóloga, un psicólogo o un psiquiatra, ya que es muy importante” (RB)

"En este centro de salud hace desde julio que se jubiló un pediatra que todavía no fue cubierto, viendo que Mosconi es un centro de salud con mayor población de la zona sanitaria N° 1." "las estadísticas entre los centros de salud, hay dos que tienen un ginecólogo de lunes a viernes" (RZ)

Como señalan Freidin, Ballesteros, et. Al (2020) que el desborde asistencial como producto de la precarización laboral generó más demandas en la APS ante las necesidades de los/las sujetos, que hace difícil garantizar el acceso a la atención en ese área programática en un contexto de crisis socioeconómica. En relación a esa sobre demanda y escasez de profesionales se manifiesta que:

"ahora hacemos reclamos y la gestión se desentiende de nosotros y buscan otros empleados, becarios, monotributistas o trabajadores de economía informal que implica toda una precarización de los trabajadores” (TS)

En función de lo que venimos exponiendo a los/las juventudes que formaron parte de nuestra intervención, les resultó un obstáculo la accesibilidad en cuanto a los modos organizativos, la gestión de los recursos humanos y administrativos así también la en la discontinuidad de la provisión de algunos métodos anticonceptivos. Esto nos hace pensar en la importancia de que las juventudes tengan acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos, para evitar enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, la falta de información sobre la elegibilidad de MAC, entre otros.

Es por ello que nos resultó importante repensar que los/las agentes de salud puedan satisfacer las demandas sobre salud sexual y (no) reproductiva desde otros abordajes, ligados a la promoción y prevención no solo desde el consultorio sino también mediante un anclaje territorial. Lo que estamos expresando tienen que ver con aquello que nos fue transmitido por algunos referentes del campo de la salud, cuando nos decían:

“hace falta espacios donde puedan llegar a generar charlas de prevención, de concientización, que incluso en derivar en situaciones de cuidado también eso es necesario” “Me parece que en el dispensario y en los colegios deberían haber espacio para la salud sexual de los jóvenes” (RB2)

En este sentido, algunos/as profesionales del equipo de salud en torno a las juventudes, favorecen la accesibilidad desde los métodos anticonceptivos o ITS:

“la consejería se las hace a las más chiquitas en sus primeros inicios de relación sexual para que se haga el hábito” “vienen asustadas como que están por tener su primer inicio de relación sexual y pasa que no saben muchas cosas por ejemplo el uso del preservativo entonces les explicamos”.(G)

Estos relatos dan cuenta de cómo algunos agentes de salud conciben a los/las jóvenes como “chiquitas”, donde se sigue observando la mirada adultocéntrica, reproduciendo los mandatos a las mujeres en relación al cuidado de la salud sexual. De la misma manera que ponen foco en a la anticoncepción, sin tener en

cuenta que la sexualidad va más allá de eso, e involucra las relaciones sexo-afectivas, el goce propio del cuerpo, el deseo, placer, entre otros.

Reforzando lo que estamos explayando, en el registro mensual del Centro de Salud pudimos observar que acuden jóvenes a partir de los 20 años aproximadamente, en su mayoría mujeres, pero no llegan los jóvenes entre 12 a 20 años, una de las agentes de salud nos comentaba:

“Y son pocas las chicas cuando vienen de 14 o de 15 años”, “Empiezo a atender a partir de los 14 años, he tenido niñas de 10 o 11 años se le hace la consejería de cómo es su ciclo menstrual, cada tanto. Las niñas no vienen por sus medios, viene la mamá derivada por la pediatra” (G)

De esta manera nos interrogamos ¿qué pasa con los otros jóvenes que no están llegando al centro de salud? Nos parece fundamental la representación que tienen los agentes de salud en cuanto a las juventudes, así también las formas de accesibilidad que se otorga en el centro de salud ya que son claves para la posibilidad del ejercicio y reconocimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos. En este sentido comenzamos a repensar junto con la trabajadora social qué acciones se podían llevar a cabo para que los jóvenes accedan al Centro de salud. Es por esto que realizamos la consejería en el IPEM N°169. De esta manera recuperamos el relato de las referentes del espacio:

“Quería trabajar con jóvenes haciendo una consejería ya que no vienen al centro de salud” “Aquí las jóvenes no vienen a las consultas ginecológicas” “Estaría bueno trabajar con un secundario junto con los profesionales” (TS).

En síntesis consideramos importante destacar las prácticas instituyentes que construyen respuestas desde la estrategia de consejería en otra institución para garantizar el acceso de las/los jóvenes a la información de los derechos sexuales y (no) reproductivos que contemple una mirada integral articulando con el IPEM N°169-”Rafael Escuti”, analizando más su dinámica en el capítulo siguiente.

2.4 El Posicionamiento del Trabajo Social en Centro de Salud N°1.

Nos resulta pertinente valorar la gestión de “lo social “como una dimensión de la intervención profesional de Trabajo Social, vinculada a aquellas intervenciones sociales que contempla una serie de acciones orientadas al mejoramiento y bienestar de las condiciones de vida de los/as ciudadanos/as”. (Chiara y D’Virgilio, 2014). La gestión de políticas, es decir, la manera en que se dan en la práctica, es un espacio privilegiado de reproducción o transformación ya que opera como espacio mediador entre los procesos macro que se derivan de la realidad heterogénea, desigual y la vida cotidiana de la población, a través de las estrategias que se pongan en marcha.

Por consiguiente la implementación del Programa de salud reproductiva y sexualidad y planificación familiar llevado a cabo por la trabajadora social en el Centro de salud N°1, consiste en garantizar el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos desde un enfoque integral que implica una mirada sobre la historia de vida, sus necesidades y sus creencias. Además reúne la perspectiva de derechos, enfoque de género y los principios que rigen de la autonomía personal, equidad, diversidad y salud integral en las Consejerías. (Ministerio de la Nación, 2010)

Con esto queremos decir que se posiciona desde el paradigma de la medicina social que considera al sujeto en su contexto social, cultural y territorial, como la vinculación que realiza la trabajadora social con algunas mujeres mediante profundas indagaciones y acompañamientos que demandan información y atención sobre la salud sexual como el seguimiento en casos de embarazos no deseados, situaciones de violencia de género, como también el trabajo que realiza en el territorio con las madres sobre la promoción de información sobre los cuidados del recién nacido.

La autora Rossi (2008) menciona un emparentamiento entre carencia material y trabajo social, no desnaturalizar esta situación nos lleva al riesgo de considerar un problema social en uno individual. Aquí,

aclaremos que aún persisten representaciones de la profesión de Trabajo Social como de ayuda social, de caridad, salvación.

Ese recorte sobre nuestra profesión, puede ser leído como miradas estancas, arraigadas a los viejos modos de intervención de nuestro campo, con primacía de la asistencia, que igualmente la consideramos necesaria. No obstante, desde la re conceptualización se fueron ampliando los marcos interpretativos, éticos, políticos, metodológicos y epistemológicos. En tanto el trabajo social, se constituye frente a un otro, abordando obstáculos materiales, vinculares y simbólicos, bajo la primacía de los reconocimientos de otro/a como sujeto de derecho que desprenda las dimensiones de justicia social, bajo abordajes colectivos.

De esa forma, se sitúa en construir la idea de derechos en dos sentidos; por un lado, en el carácter técnico de la gestión a través del cual se articulan recursos para garantizar el acceso a la salud sexual, como el acceso a métodos anticonceptivos, a información adecuada y oportuna, a turnos protegidos. Por el otro, en redefinir el carácter político del trabajo social, y con ello, nos referimos a poner foco a la relación entre las instituciones del Estado y la sociedad, es decir entre el Centro de Salud y los/las jóvenes del IPEM N°169 en el ejercicio de sus ciudadanías.

Esto quiere decir a cómo se constituyen las demandas de los/las jóvenes sobre la salud sexual orientando el accionar no solo a la satisfacción de necesidades sino a conformar actores sociales. Esto supone facilitar instancias de decisión y organización colectiva, en garantía de sus propios derechos sexuales.

Del mismo modo, para abordar aquellas dificultades que tienen los jóvenes para acceder a la información sobre salud sexual hace falta alejarse de lo instituido, para avanzar en una posición transformadora, es decir de cambiar lo establecido y habitual a como se viene trabajando la sexualidad. El

posicionamiento que adquiere la profesional se relaciona con la acción socioeducativa que se deriva en la construcción de ciudadanos/as como sujetos de derechos, con los que conjuntamente se acciona y aprehende, es decir, condición de ciudadanos/as colectivos.

De esta manera algunas tareas que pudimos observar del trabajo social en el Centro de Salud N°1, son a través de la prevención, promoción y diseño de programas. Como así también actividades y capacitaciones continuas con el objetivo de intervenir en la población y promover el autocuidado y una sexualidad responsable.

Los problemas sociales que se particularizan, tienen que ver con el modo en cómo se interpreta, o interroga y resuelve. El trabajo social, puede actuar como puente entre los sectores excluidos y las organizaciones estatales o no estatales, puede intervenir en el despliegue de interpretaciones alternativas a las hegemónicas (Rossi, 2008). Es así como a través de la consejería en salud sexual integral se busca generar nexos de acceso de los/as jóvenes que se encuentran excluidos de la información sobre salud sexual.

La vinculación de la profesión del trabajo social con las instituciones, como explicita la autora Rotondi (2013) son un hecho histórico y en esa relación se ha fundado el ejercicio profesional. Por cuanto, hacer explícita la demanda, identificar al o los sujetos que la formulan, caracterizar el escenario donde surge y evaluar la pertinencia, serán claves para decidir la oportunidad y las formas de dar las respuestas desde el trabajo social. (p. 147)

Es clave la demanda en las instituciones porque funda la intervención y habilita el ingreso a la institución; porque nos interpela acerca de nuestro posicionamiento y además nos permite tomar las decisiones en el marco del ejercicio profesional definiendo el mismo. De allí que para realizar la Consejería en salud sexual integral fué por diferentes demandas que manifestaban los jóvenes,

profesionales y vecinos del barrio para atender las sexualidades de las juventudes. Un ejemplo de ello se observó cuando los/las jóvenes requerían de la consulta individual por alguna situación particular, siendo la Consejería un espacio de escucha y acompañamiento por los/las profesionales. Así también surge como encargo de la propia trabajadora social la necesidad de trabajar la salud sexual con los/as jóvenes, contando con la participación en la intervención de la ginecóloga del centro de salud.

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

En el proceso que acompañamos se pudo observar la búsqueda de fortalecimiento de la participación social en salud y el acompañamiento por parte de la trabajadora social y algunas profesionales de salud que enriquecían el trabajo colectivo. Ello es considerado por nuestro equipo, no solo vital para la comunidad, sino también para los equipos de salud que atienden problemáticas específicas en esta área de manera interdisciplinaria. Entonces podemos exponer que radica la importancia de la inserción comunitaria de las formas organizativas que adquieren los/las profesionales en los territorios y las formas de plasmar las prácticas de promoción-prevención- atención-cuidado (Bosio 2022).

En nuestros registros de campo, quedó plasmado el trabajo que hacía la trabajadora social, respecto a las articulaciones, con otros espacios sociales, trabajos interinstitucionales, la promoción, las alianzas y gestiones comunitarias y la resolución de diversas demandas ligadas a la Consejería de salud sexual integral, para dar mayor y más amplia atención a los/las jóvenes. Una de las estrategias implementadas para acercarse a la población, resolver y acompañar necesidades fueron a través de: la realización de entrevistas, la difusión de campañas de ITS, la realización de cartelería para la promoción, entre otros.

Además observamos que brinda un acompañamiento, seguimiento y consejería sobre IVE, derivando a los/las sujetos a otros centros de salud ya que según nos refirieron en el Centro de Salud algunos profesionales son objetores de conciencia de dicha Ley. La información sanitaria brindada por profesionales de salud, resulta clave para la toma de decisiones libres, y debe entenderse como “aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente” (Deza, Aizenberg. 2017. p. 25).

En este sentido, recuperando a los sujetos, como sujetos de necesidades desde los aportes de Aquín, N. (1996):

El Trabajo Social tiene capacidad y potencialidad, y que además es parte constitutiva de su especificidad la lucha por un nuevo estatuto político para la cuestión social, su intervención en la tensa disputa por la intervención de las necesidades de nuestra gente, y finalmente la intervención activa, respetuosa y fundada en el proceso de encuentro de los sujetos con los objetos de su necesidad. (p.9)

De esta manera nuestra práctica de intervención pre- profesional, se estructura en torno a la dimensión teórica epistemológica, técnico instrumental y ético política. Entendemos por dimensión como, “un soporte que configura un espacio y por esta razón no puede existir sin la articulación con las otras dimensiones” (Cazzaniga, 2007. p. 11).

Para el trabajo social es fundamental la intervención con un otro/a, este vínculo que se construye, mediante la responsabilidad de estas tomas de decisiones, que se han ido modificando históricamente, de cómo nombrar al sujeto, aunque algunas todavía hoy, están instituidas en los marcos institucionales.

Como grupo, incluyendo a la trabajadora social que nos acompaña en el proceso de práctica, argumentamos que cuando se habla de sujeto-actor social-ciudadano, como nos menciona la autora Trachitte (2008), lo vemos como sujetos de derechos y titulares de esos derechos, como ciudadano/a en

el acceso a los derechos en tanto su participación activa, que nos permite estos modos de mirar, interpretar, acercarnos y trabajar con ellos/as, la salud sexual en la vida de los/las jóvenes.

Desde allí, acordamos con Hermidas, (2018) cuando plantea entender los derechos desde la Educación Sexual Integral (ESI) y la Ley de salud sexual y procreación responsable, asumiendo que esta alimenta “el desafío de pensar la dimensión ético-política de nuestra profesión” (p,3). Nos adentramos en la manera popular de entender a los derechos, como dimensión ético-política que nos permite avanzar en la construcción de la justicia social, y al Estado como único responsable de la vulneración de derechos, además que tiene la capacidad de definir y controlar una institucionalidad.

Para comprender lo que estamos diciendo recuperamos el aporte de Banks (1997), quien afirma que en “la mayoría de las decisiones en el trabajo social implican una interacción compleja de aspectos éticos, políticos, técnicos y legales todos interconectados. Nuestros principios éticos o valores determinan nuestra interpretación de la ley” (p.25).

2.5 Procesos de articulación interinstitucional

2.5.1. ¿Quiénes son los/las jóvenes que asisten al IPEM n°169?

Los/las jóvenes con quienes compartimos el proceso de nuestra práctica pre-profesional , nos acompañaron en el proceso de aprehender junto a ellos, teniendo en consideración y adentrándonos a sus mundos simbólicos de curiosidades, experiencias vividas y sus deseos de compartir que fue parte constitutiva de todo el proceso que llevamos a cabo en la Consejería de salud sexual integral.

Conviene subrayar que los/las jóvenes que asistían al IPEM N°169 “Rafael Escuti” de Barrio Juan Pablo II y también de barrios aledaños como Centro América, General Mosconi, Los Álamos, Barrio Liceo son de diversas edades entre 12 a 18 años que provienen de sectores populares, situados en posicionamientos

desiguales que el propio sistema social ha generado a través de determinada segmentación socioeconómica.

Del mismo modo, comprendemos que no existe un sujeto joven único, sino que el mismo, está atravesado por las situaciones del entorno social en el que vive, es decir, a partir de cada contexto particular. En este sentido, retomamos el autor Reguillo (2000), quién señala que la edad, no es una categoría cerrada y transparente sino que es más amplia y heterogénea, en función de que los/las jóvenes ocupan diferentes lugares en la sociedad, en tanto género, clase, etnia y territorio.

En la Consejería se realizaron actividades con preguntas abiertas como ¿qué les hace sentir mal? para traer las voces con respecto a las preocupaciones de los/las jóvenes y nos relatan:

“La desigualdad, no tener plata, la pobreza, los prejuicios, la exclusión, el desinterés” (J)

De allí que Bourdieu (1988) señala que el espacio social, tiende a funcionar como un espacio simbólico, un espacio de formas de vida y de grupos de estatus, caracterizados por diferentes estilos de vida, que van influyendo en las representaciones e identidades de los/as jóvenes.

En este proceso por el que transitan los/as jóvenes, van construyendo sus relaciones con su grupo de pares, al tiempo que en algunos casos disminuye la dependencia del grupo familiar . Según nuestro análisis en el recorrido, comienza a haber en algunos/as jóvenes una desvinculación con la familia para hablar sobre sexualidad por tabúes, miedos, vergüenza u oposiciones, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la construcción de sus propias identidades.

Esto nos hace pensar lo expuesto por Heredia Virginia en el libro “Haciendo cuerpos y Gestión de vidas” (2022) que expresa, “Esas experiencias se vinculan con las relaciones entre pares y los grupos de identificación, como así también con la toma de “nuevas decisiones”. Lo novedoso en esta etapa aparecería

en situaciones particulares reconocidas como las “primeras veces”: la iniciación sexual y la iniciación sentimental amorosa.” (p. 198).

Al mismo tiempo traemos algunas representaciones y sentidos que adoptan los/as jóvenes con respecto a sus propias familias, ya que ocupan un lugar primordial en la construcción de sus propias subjetividades. Lo hacemos a partir de una pregunta abierta de ¿cómo es tu familia?, algunos jóvenes contestaron:

“trabajan todo el día, se insultan, todo el día gritando, tengo confianza con mi hermana o mamá, mi familia es hermosa y divertida” (J)

En este sentido ello configura una diversidad de posibilidades de vivir en familia que es : una de las formas de reclutamiento para cohabitar un hogar, un sentimiento de pertenencia subjetivo y simbólico, dinámica específica derivada de las relaciones socio afectivas, a partir de las que se configura una trama no lineal de vínculos, posiciones y roles (Gattino, 2020).

Más allá de las configuraciones de las unidades familiares o domésticas, surgieron fuertemente los planos afectivos respecto a la familia como prioridad para algunos/as jóvenes. Esto nos parece significativo ya que en la socialización primaria y secundaria se da también en los lazos familiares.

La construcción de la sexualidad de los jóvenes en estas relaciones afectivas, expresan que comparten sus experiencias vividas referidas a la sexualidad junto con sus familias, la cual demuestran que está confianza recae en la mamá. Sin embargo, a la vez otros jóvenes prefieren resguardar su intimidad o si lo hacen es a través de un vínculo de amistad, es decir entre los mismos pares. Aquí traemos algunas de sus voces:

“Si yo estos temas de sexualidad lo hablo con mi mamá”, “ Yo esto no lo hablo”, “Prefiero hablar esto temas de sexualidad con mis amigos” (J).

Respecto a las miradas y percepciones que tienen algunos adultos sobre las juventudes, es que las autoras Acevedo y Andrada (2010), nos permiten analizar la reconstrucción y representación de la mirada negativa de la sociedad actual, construyendo ese imaginario de la juventud, como peligrosos, inconstantes, inmaduro, apático e irresponsables. Un referente barrial nos expresaba:

“Hay muchos vecinos que se quejan de la juntadera de pibes en la esquina, se juntan para perder el tiempo, culpan a los pibes” (RB2)

No obstante, otras percepciones de los/as jóvenes consisten en entenderlos como sujetos de derechos, autónomos, con aptitudes, de esta manera, múltiples miradas se entrecruzan en los distintos adultos. En estas últimas concepciones sobre los jóvenes como sujetos activos de derechos, es que podemos retomar algunas palabras de una referente institucional

“Para mí la juventud es eso empuje, acciones, no digo que en ellos está el cambio porque los adultos también tenemos que formar parte de ese cambio, pero creo que tienen muchas potencialidades y es posible el cambio si se quiere de muchos aspectos de la vida desde sus acciones (...)”.(CE)

Esta mirada nos permite concebir a las juventudes como sujetos de derechos, productoras/es y constructora/es de cultura, revalorizando sus palabras y participación para potenciar el sentimiento de pertenencia en el espacio público

2.5.2 La escuela como espacio de encuentro entre los/las jóvenes: conocemos un poco del IPEM N°169.

La Escuela como institución, es un espacio fundamental, donde las y los jóvenes pasan gran parte de su cotidianeidad, es un pilar esencial para la construcción de conocimientos, saberes, socialización y poder adquirir diversas herramientas que les permitan el ejercicio real de ciudadanía. En Argentina la educación es un derecho consolidado siendo la misma obligatoria, gratuita, democrática y laica.

Recuperando los aportes de Martínez, Collazo y Liss (2009) nos plantean que:

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

La práctica de intervención se realizó en el IPEM N° 169 “Rafael Escuti” en el Barrio Ciudad Juan Pablo II, de nivel secundario con especialización en ciencias sociales. Con respecto a la estructura escolar, está integrada por una jerarquización de roles y funciones de forma vertical que involucran a diferentes actores institucionales, donde encontramos directivos/as, docentes, preceptores/as, coordinadores/as, psicopedagoga, trabajadores/as de limpieza y porteros/as. La institución tiene dos turnos, mañana y tarde que incorpora cursos de primero a sexto año en el nivel secundario con carácter escalonado, en tanto el primer ciclo muestra una cobertura mucho más amplia que el segundo.

En este sentido habría que mencionar que algunas significaciones que los/as jóvenes tuvieron de la escuela, se asocia en considerarla como un espacio de aprendizajes y oportunidades, que expresa el ideal de institución que te prepara para la vida adulta. Ellos expresaron acciones que dieron cuenta de esas oportunidades que se buscaron brindar desde el plano socio-económico de los/las sujetos.

Ello se puede reflejar a través de la implementación de proyectos institucionales que lleva adelante como el proyecto de huerta comunitaria, iniciativa que lo realizaba el área de sociales, en la que se trataba de la cosecha de verduras como espinaca, acelga, lechuga, y otros que se repartía y era una ayuda para la economía de la familia en la alimentación, que a su vez promovía la producción para el autoconsumo. Observamos la realización de ferias comunitarias en la que la misma escuela brindaba el espacio para la participación de los/as jóvenes en la economía popular.

Además trabajó con el programa de nutrición para controlar el peso y la talla de los/as joven articulando con el Centro de Salud, para atender a las necesidades que iban surgiendo como nos comenta la referente institucional:

“Tuvimos un caso de una nena de bajo peso, ahí no más se trabajó junto con los profesionales de salud junto con la trabajadora social y la familia” “Hoy también está la problemática del sobrepeso, hoy los chicos no comen nada saludable, todo galletitas y nada más” (RE)

Revalorizando el trabajo comunitario y colectivo que fue realizando la institución es que podemos destacar el involucramiento y participación de algunos actores institucionales que buscan estrategias alternas para contribuir al tratamiento de algunas de las necesidades básicas de los jóvenes. Para situar esos contextos de vulneración de derechos a tener alimentación, vestimenta, entre otros recuperamos:

"apelamos a la acción colectiva, en la que colaboran y hay mucha participación de los profes, las familias, tenemos un roperito armado, también se junta mercadería para algunas familias, a veces se refuerza con mate cocido, a veces compramos criollos para esos que no desayunaron, o merendaron o que siguen con hambre". (RE)

En relación con los argumentos teóricos de Fernández (1994) se sostiene que las instituciones existen en el nivel simbólico de la vida social, a través de las representaciones y significados que se transmiten en la interacción misma. Estas representaciones acerca de la escuela que tienen los/las jóvenes se observaron ligadas a las relaciones sociales entre pares y con los/as docentes que parecen ser soporte básico de red y de socialización. En el marco de fortalecimiento de las relaciones se trabajó con el proyecto de convivencia escolar para resolver y acompañar los problemas de las relaciones sociales y a velar por la convivencia y el respeto con el otro/a, ya que como nos comenta la referente institucional:

“hoy los jóvenes se pelean por nada, la violencia es una de las problemáticas más visibles en la escuela” (RE)

Esto a la vez se pudo observar en los relatos de algunas jóvenes cuando nos comentaban:

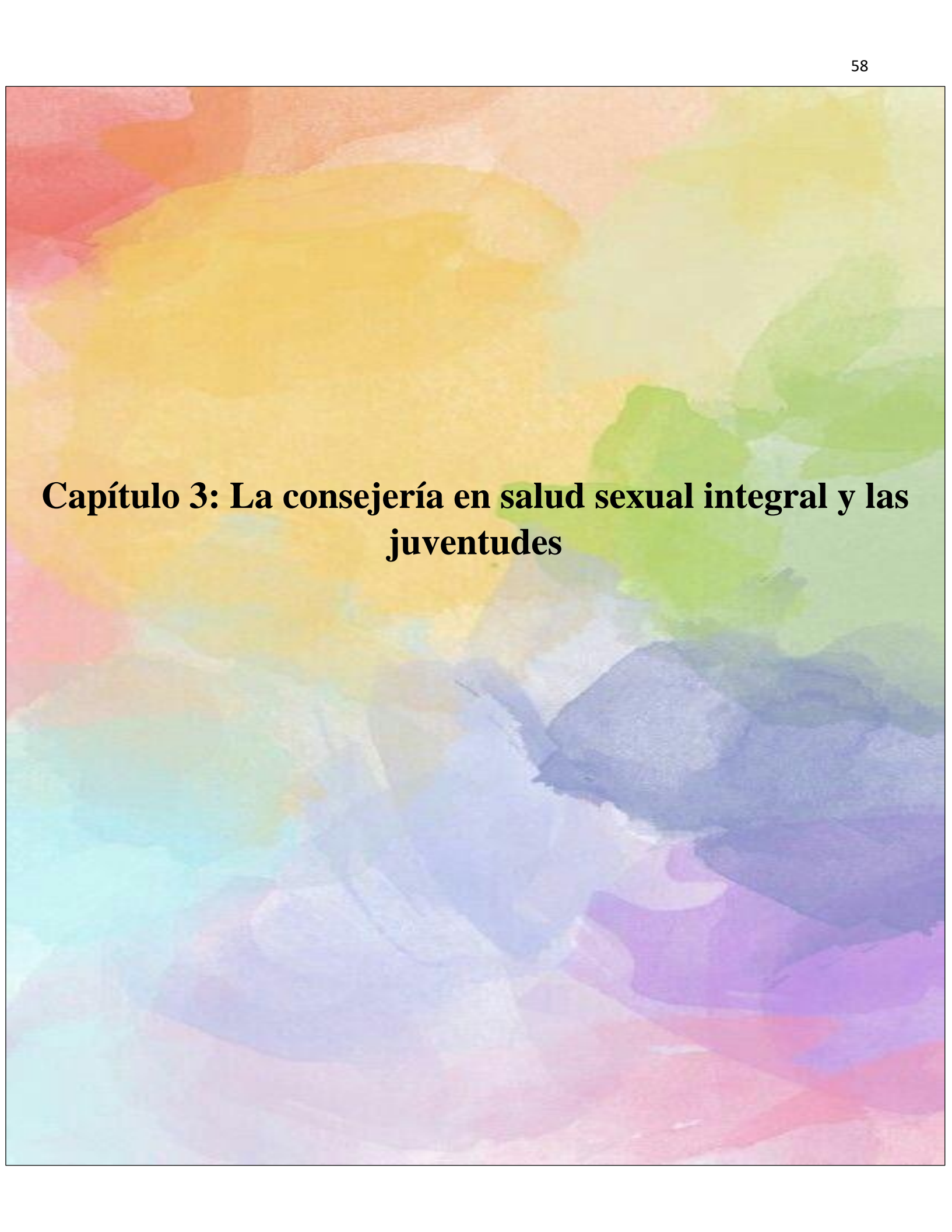
“yo el otro día me peleé con una afuera de la escuela”, “a mí ya me expulsaron varias veces por peleas”. (J)

Siguiendo los aportes de Bocardi (2019) que nos señala la distinción entre el rol docente propio y el de los otros en el compromiso con la tarea. Si en un caso, los/as profesores/as se limitan a enseñar los contenidos, movidos solamente por la remuneración, en el otro, hay una preocupación por los/as estudiantes, una intención de movilizarlos/as y un gusto por la escuela y por la educación. Mediante la oposición frente a lo viejo, a las estructuras tradicionales de la escuela, se presenta una imagen de los/as docentes caracterizada por la responsabilidad, la curiosidad, la sensibilidad, la apertura, la empatía y la búsqueda permanente de crecimiento personal y profesional.

De acuerdo a lo que nos plantea el autor, pudimos observar y analizar en el proceso, que ambas dimensiones confluyen sin corroerse. Decimos esto, porque en nuestras intervenciones, se mixturán ambas posiciones, por un lado, preservar las viejas estructuras, por el otro, dar paso a lo nuevo, al sujeto de derecho desde nuevos paradigmas, un paradigma que entiende al joven como sujeto de derecho al conocimiento, a las nuevas normativas y sobre todo, a lo que tuvo que ver con nuestra intervención el acceso al conocimiento de los derechos sexuales y no reproductivos desde la ESI, en párrafos posteriores, profundizamos estos aspectos desde lo que fue la consejería.

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

su ciudadanía sexual. Reconocer la importancia de la ESI como herramienta y tema fundamental para su formación como ciudadanas/os.



Capítulo 3: La consejería en salud sexual integral y las juventudes

3.1 Aproximación a la construcción del objeto de intervención

Al comenzar este apartado, nos planteamos ahondar en las formas de conceptualizar desde nuestro campo teórico - epistemológico la intervención social. Para ello comenzamos con los aportes De la O y Tello León (2010) quienes plantean que:

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

La experiencia de nuestra intervención fue un tránsito, un recorrido de análisis, observaciones y registros que luego de ese proceso, nos permitieron la definición del objeto de intervención. Cuestión clave de nuestra profesión que no definimos al objeto de intervención a priori, sino que es un proceso. Al respecto, nos aclaró el aporte de Aquín (1996) quien plantea que:

“el objeto de intervención de una profesión, es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica” (p. 21).

De ahí, recuperamos que el objeto de intervención, se sitúa en las dificultades que tienen los/las jóvenes para acceder a la información con respecto a la salud sexual integral. En este sentido, las necesidades del orden simbólico son expresadas por los/las jóvenes, en las cuales se recuperan sus decires, sentires y vivencias, que orientaron la intervención intersectorial e interdisciplinaria. Como equipo de trabajo buscamos incidir o modificar lo naturalizado, retomando lo que ellos/as van significando.

En el proceso de nuestra práctica, para ir delimitando el objeto de intervención lo hicimos a partir de la demanda y del proceso de diagnóstico, como equipo de trabajo bajo consensos, fuimos construyéndolo a través del proceso de reflexión y análisis, presentes en el espacio de la Consejería sexual integral. También cabe expresar que el mismo, no fue una construcción apriorística, sino que éste, está mediado por categorías teóricas de nuestro campo y desde otras disciplinas. Entendemos que las dificultades presentes tienen que ver con diversas causas que se suscitan en el contexto. Donde cobra primacía, aquel obstáculo que jerarquizamos como necesidad para la reproducción, al cual entendemos como un problema, desde allí, se desprenden los efectos que complejizan la realidad social.

Así se construyó a partir de la necesidad de las juventudes a tener información con respecto a su sexualidad, dejando de lado mitos y prejuicios, que estaban naturalizados, desde el IPEM N°169 y desde el Centro de Salud N°1. Por eso trabajamos con los docentes a través de la Educación Sexual Integral y con los equipos de salud a través del dispositivo de Consejería de salud sexual integral, fortaleciendo el trabajo intersectorial entre ambas instituciones.

3.2 Estrategias desde la promoción y prevención: Consejería en Salud Sexual Integral

Las estrategias se fueron construyendo como una herramienta metodológica del proceso de intervención pre-profesional. El autor Vélez Restrepo define la estrategia de intervención como:

Son instancias dialogantes que permiten penetrar en la complejidad de los universos y cosmovisiones de aquellos sujetos sociales con los cuales interactúa (...) Aportan a ampliar las vivencias y experiencias particulares que dan cuenta de su especificidad y de los grupos sociales en que se inscribe, retratando de esta manera situaciones sociales particulares y generales (p. 44).

De acuerdo a ello, nos propusimos llevar a cabo estos espacios de consejería, en la escuela a través de la ESI, buscando generar escucha, apertura, diálogo y contención donde se fomenta la

participación de todos/as los/as jóvenes que deseen acercarse ya sea de forma grupal o individual privada y la importancia sobre el avance en materia de derechos sexuales. Por ese motivo, nos condujimos desde una estrategia integral, que consiste en llevar adelante procesos de promoción y prevención.

La Consejería desde una perspectiva integral, abrió la posibilidad de que los/las jóvenes acudieran para informarse sobre temas relacionados a su salud sexual, en la cual prevalecía la escucha empática de dudas, inquietudes o problemas que enfrentaban los/las jóvenes, para desarrollar estrategias que consistieran en llevar adelante procesos de promoción, prevención y articulación, trabajando en equipo con los profesionales del Centro de Salud y el IPEM N°169, teniendo como propósito la autonomía que da paso al reconocimiento de sus singularidades y el cumplimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos.

En este sentido, como estrategia de intervención propusimos la Consejería en salud sexual integral, definiéndola como una estrategia central de promoción y prevención de la Salud Sexual y (no) Reproductiva con perspectiva de derechos y género (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Dicha estrategia se enmarcó en la Ley de Educación Sexual Integral N°26150, que sostuvo las acciones diseñadas en las propuestas aportando las nociones de género para pensar en una sociedad con igualdad de trato y oportunidades. También tomamos La Ley N°26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes, tiene por objeto la protección integral para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente, que debe garantizar la protección y la exigibilidad de esos derechos, que priorice la ejecución de políticas públicas.

La estrategia de intervención fue de tipo promocional desde la dimensión educativa, a través de un trabajo de gestión explicitado en las líneas de acción que desarrollamos para sustentar y construir debates con respecto a la salud sexual de las juventudes. Para ellos retomando a Piotti (2011), la promoción implica llevar intervenciones para cambiar comunicar y difundir el significado de sus derechos, facilitar sus

derechos, con una comunidad comprometida para una mayor fuerza de presión y movilización. Así mediante la ESI pudimos difundir información, a su vez dialogar sobre las experiencias y sexualidades con las juventudes, sobre sus derechos, sobre sus dudas en torno a la sexualidad y los temas que la misma incluye.

Mientras que la prevención, desde Piotti (2011) contiene un primer aspecto de difusión intentando modificar las condiciones negativas del medio creando factores de cuidado respetando la autodeterminación en lugar de vigilar a los/as jóvenes. Y la articulación significa poner en marcha un proceso de involucramiento de las instituciones que funcionan en el barrio, el objetivo es crear una red social de protección de sus derechos para garantizar la continuidad y garantizar la continuidad de la misma. Plasmamos la prevención a través de la ESI mediante la propuesta de los testeos de ITS, a través de talleres sobre MAC que permiten la prevención de las ITS, cuidados del cuerpo y la elección de MAC para evitar embarazos no intencionales

Para dar cuenta del plan de trabajo de la estrategia de promoción que fue el dispositivo de la Consejería en salud sexual integral, nos pareció importante, plantearnos cuales son los objetivos, es decir las intencionalidades de la intervención. (Aquin, 2009). Desde ese lugar, les compartimos lo que fueron nuestros objetivos:

Objetivo General: Contribuir a la efectivización del derecho a la información que contemplan los derechos sexuales y (no) reproductivos en los/las jóvenes que asisten al IPEM N°169 “Rafael Escuti” de la Ciudad de Córdoba.

Objetivos Específicos

- Identificar vulneraciones de derechos en los/las jóvenes que acuden a las consejerías.

- Promover y brindar información pertinente y clara en materia de salud sexual a los/las jóvenes que acuden a las consejerías.
- Generar espacios estratégicos para/con jóvenes que posibilite la expresión de sus necesidades, inquietudes y problemáticas, recibiendo orientación, contención y acompañamiento.

3.3 Transitar las experiencias compartidas

Para la producción de dicha intervención fundada, citamos a Torcigliani (1997) que nos aporta “desarrollar articulaciones cada vez más estrechas y congruentes entre las dimensiones teóricas, metodológicas e instrumentales, contenidas en el ejercicio profesional, en el que la clave de articulación la construye la direccionalidad ético-política emancipadora como horizonte de formación profesional” (p.97). Como equipo nos posicionamos desde la dimensión ético-político, que define el fundamento de este proceso de intervención pre-profesional al derecho a la salud sexual integral de los/las jóvenes.

Es fundamental indagar en el entramado de la demanda de las juventudes, ya que fue lo que nos permitió construir una intervención con líneas de acción que abarcó aspectos que surgieron de esa 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 entrecruzan en una conjunción de saberes y poderes. (Faleiros, 2003)

La intervención pre-profesional fue pensada desde perspectiva de derecho que nos permitió llevar adelante acciones y actividades en conjunto con los/las jóvenes que asisten al IPEM, creando espacios dentro de la Escuela para ampliar las propuestas en relación a la educación sexual, ampliar el acceso al Centro de Salud de todas/os y buscar resolver situaciones concretos cuando nos consultaban. El dispositivo de la consejería en salud sexual integral, como estrategia de nuestra intervención se define como:

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

La Consejería consiste en un encuentro cara a cara, entre un/a profesional capacitado/a y un sujeto que necesita ayuda, orientación o asesoramiento. Este encuentro va más allá de proporcionar información, dicho intercambio favorece la expresión de los sentimientos, pensamientos y actitudes, el análisis y la exploración de las fortalezas internas y externas, para lograr la resolución de las situaciones conflictivas (Maddaleno, et.al, 2005).

Dicha estrategia desde un abordaje intersectorial e interjurisdiccional, se construyó de manera conjunta con los/las jóvenes IPEM N°169, para lograr estos objetivos planteados, construimos una serie de líneas de acción:

Gestión De Recursos: Obtención de recursos e insumos como folletos, cartillas, volantes y afiches desde el PNSSyPR. Realización en forma conjunta con la trabajadora social de cartelería en relación a MAC que abarcaban los más diversos modos, como las pastillas anticonceptivas orales, anticonceptivos de emergencia, preservativos, entre otros.

La Mesita: Durante toda la intervención, se estableció un espacio que las/los jóvenes se acercaban para realizar distintas actividades durante los recreos. Funcionaba por la mañana, dos veces por semana. Allí se desarrollaban consejerías individuales/grupales, consultas e intercambio de información, instalamos un buzón de consultas anónimas para quienes no se animaban a preguntar en público. Además, este espacio contaba con una agenda en donde registramos nombres y teléfonos de los/las jóvenes para

poder tener un acompañamiento, lo que también nos permitía comunicarnos con los/las jóvenes que necesitaban o requerían atenderse en el Centro de Salud.

Algunas actividades que se realizaban en la mesita de manera grupal por medio de algunas preguntas disparadoras era como: ¿Qué métodos anticonceptivos conocen?, ¿cómo se usa el preservativo?, ¿para qué sirve? Así constatábamos que algunos/as jóvenes nombraron algunos métodos anticonceptivos, pero observamos que había una falta de información con respecto al uso, la función y la variedad de métodos que existen para su elección.

Otra actividad fue la exposición de MAC en un afiche donde los/las jóvenes se acercaban y por primera vez conocían un DIU, un implante, algunos desconocían de la pastilla de emergencia y creían que era lo mismo que las pastillas anticonceptivas diarias. También, surgieron inquietudes sobre el preservativo masculino y el campo de látex. Trabajamos instancias participativas del uso correcto del preservativo. La mayoría de los/las jóvenes participó de la misma para practicar la colocación del preservativo y la realización de un campo de látex.

También se generaban charlas entre ellos que permitían reconocer las diversas formas de nombrar sus cuerpos. Un ejemplo de ello, es como los/las jóvenes transmitían una multiplicidad de formas de nombrar al pene, también como salían algunas expresiones de “tijeretazo” para referirse a la diversidad sexual como también derecho a la libertad de expresión, a la identidad y expresión de la sexualidad.

Jornadas De Testeo: Realizamos la promoción de la jornada de testeo, donde se acercaron los/las jóvenes y nos ayudaron en la difusión. También explicamos en qué consistía el test de VIH/Sida y Sífilis. Esta jornada fue realizada por profesionales de la salud desde la municipalidad, en el Centro de Salud N°1, destinado a la población en general, en la cual se observó que algunos/as jóvenes se acercaron a participar en la misma.

Talleres Áulicos: algunos/as docentes nos permitieron ingresar a las aulas, contando con la cartelería necesaria para promocionar todo lo que concierne a la salud sexual integral, teniendo en cuenta, la prevención de las violencias y las diversidades sexuales. Así mismo realizamos algunos juegos como la carrera de la sexualidad, dando lugar a la participación y debate de los/las jóvenes sobre temas como las maneras de nombrar a las partes genitales del cuerpo e ilustrarlas, imágenes de dos mujeres u hombres besándose, entre otras.

Trabajo En Red: Durante la intervención en el Centro de Salud N°1, compartimos algunas actividades con la casita cultural de barrio Los Álamos. Los/las jóvenes participaron haciendo una actividad sobre salud sexual, incluyendo distintas temáticas como violencia, diversidad, promover prácticas de cuidado, revisar mitos e incorporar información fehaciente para una sexualidad plena.

Reconocemos al trabajo en red, como una forma de hacer, que consiste en ir tejiendo relaciones, aprendizajes, avanzando en conjunto, para así construir un espacio común, abierto y diverso, y al mismo tiempo, es una puerta de entrada a nuevas iniciativas. En este horizonte se entretrejen redes intersectoriales de colaboración y coordinación relacionadas con la salud directa o indirectamente como menciona AWID (2004).

De acuerdo a lo planteado en nuestro proceso, buscamos modalidades activas y participativas combinando entretrejos de redes y alianzas tanto en el ámbito de salud, la educación de manera comunitaria junto a los/as jóvenes. Indagamos en la participación de jóvenes como promotore/as de salud sexual como por ejemplo, acompañándonos en la preparación y difusión de la información adecuada sobre derechos sexuales, métodos anticonceptivos, prevención de la violencia, es decir formando parte de acciones específicas, para abordar la salud sexual integral, en la mesita, mediante juegos y haciendo parte sus realidades con respecto a las sexualidades para continuar dando espacio a los debates de sus discursos.

Nos parece importante reflexionar sobre la necesidad de generar espacios interdisciplinarios, intersectoriales e interjurisdiccionales, que generen la oportunidad de vincularse para crear espacios más enriquecedores de aprendizajes para las juventudes. La Consejería en salud sexual integral nos permite trabajar intersectorialmente, articulando dos instituciones como son la educativa y de salud, donde los/las jóvenes transitan y forman parte, que son atravesadas por diferentes actores y contextos, que van generando e interpelando las subjetividades. Nos permitieron observar la importancia de la Educación Sexual Integral en la escuela y el acceso de los/las jóvenes en las instituciones de salud.

En tanto, que la ESI es un espacio sistemático de enseñanza- aprendizaje que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables y críticas en relación con los derechos de los/las jóvenes al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, la información y la sexualidad. La ESI en la Escuela requiere ser trabajada primordialmente desde una transversalidad, atendiendo a las inquietudes e intereses propios de la edad de los/las jóvenes, y posibilitando así la participación activa.

Es pertinente reconocer la importancia del trabajo en red en todo proceso de intervención. Lo que nos permitió potenciar nuestra propuesta, generando nuevas acciones e intercambios enriquecedores no solo para el desarrollo de la intervención, sino también nos interpeló en nuestro quehacer como futuras profesionales. En este sentido, es necesario que la institución educativa y de salud puedan tejer relaciones, intercambios, articulaciones, experiencias y aprendizajes hasta constituir un espacio en común, abierto y diversificado, en el que se puedan ir sumando nuevas iniciativas y propuestas, entendemos que este es el camino para aportar al bienestar de las y los jóvenes. En el próximo capítulo compartimos un análisis en relación a la participación de los jóvenes en la consejería, sus experiencias, miradas y percepciones de la sexualidad.

3.4 La importancia de la ESI en el IPEM N°169

La implementación de la ley de ESI en el año 2006 se propuso con el fin del acceso a información para el cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva como un Derecho Humano. El Estado y las instituciones educativas tienen la obligación de garantizarla. Es por esto que no es necesaria la autorización de las familias y tampoco éstas u otros actores pueden oponerse a la implementación de estas políticas públicas.

A través de la ESI la escuela ayuda a los/las jóvenes a comprender su proceso de crecimiento y sentirse acompañados en el desarrollo de la sexualidad y el cuidado de la salud. El gran desafío de incorporar el debate sobre sexualidades en las escuelas es brindar herramientas para que los/las jóvenes puedan, expresar sus emociones y sentimiento, decidir con libertad y responsabilidad cuándo iniciar las relaciones sexuales y con quién, evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, conocer el derecho de las jóvenes embarazadas a seguir estudiando, respetar la diversidad sexual y rechazar toda forma de discriminación.

La Ley es uno de los pilares fundamentales en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y No Reproductivos de niñas, niños y jóvenes. En ella que todas/os las y los educandos tienen derecho a recibir ESI en todos los establecimientos educativos públicos de gestión estatal y privada. Además, dispone: “entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” (Art 1°).

El cumplimiento de los propósitos de la misma, implica para el sistema educativo, el abordaje de la educación la implementación de estrategias superadoras, incluyendo experiencias y proyectos educativos preexistentes. Los objetivos de la Ley son: incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica equilibrada y permanente de las personas.

Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral. Promover actitudes responsables ante la sexualidad, prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular y procurar igualdad de trato y oportunidades para todos/as.

El avance de la regulación de la sexualidad a partir de la sanción de la Ley 26150 generó resistencias en la educación sexual, que es central en nuestra práctica pre-profesional. De esta manera la escuela es la institución encargada de transmitir las ideas y los ideales, que ponen en juego diferentes tensiones político-ideológicas, una de ellas giró en torno a la relación con la familia y el Estado.

Los objetivos de la Ley N° 26150 son: incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas. También, asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral. Además, promover actitudes responsables ante la sexualidad, prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular, así como procurar igualdad de trato y oportunidades para todos/as.

Desde sus inicios, la Educación Sexual Integral, ha sido motivo de disputas no solo en su aplicación e implementación, sino también, en los diferentes discursos que se fueron construyendo por parte de distintos ámbitos de la sociedad. Para problematizar esta situación, la autora Cepeda (2008) plantea los siguientes interrogantes:

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

Por otro lado, la autora Morgade (2006) propone:

“Son los enfoques ideológicos y teóricos acerca de la educación sexual los que entran en disputa y en este territorio muchas veces se trata más de desconocimiento, desconfianza o luchas territoriales antes que de posiciones que en si no pueden encontrar coincidencias” (p.1).

En nuestra práctica pre profesional pudimos destacar algunas tensiones que tuvimos como practicantes externas a la organización fueron: No interrumpir las clases abordando temas de ESI, para ser respetuosas en las diferencias de las creencias religiosas y de los modos de organización familiar, no interrumpir las clases. Tensiones que se desprenden de disputas entorno a la ESI en la escuela que nos implicó alianzas con algunos docentes y estrategias para evitar enfrentamientos como por ejemplo respetar los horarios de recreo. Quejas por cartelera pegadas en las paredes. Sin embargo, cabe destacar también, que algunos docentes estaban muy predispuestos al trabajo en conjunto para potenciarnos en intervenciones enriquecedoras. Encontrábamos ambas posturas, algunas quejas o distancia por nuestra presencia y algunos actores involucrados.

Es fundamental comprender cómo transitan la sexualidad las/los jóvenes articulando desde la ESI en la Consejería en salud sexual integral. Por ello en las instituciones donde nos desempeñamos como futuros trabajadores sociales nos pueden ser útiles para debatir, cuestionar y deconstruir sentidos para interpretar los procesos sociales que estamos analizando. En la sociedad emergen nuevos significados, valores y prácticas en relación con la consideración de los/las jóvenes como sujetos de derecho.

3.5 ¿Cómo vivencian las juventudes sus sexualidades en el IPEM N°169?

Desde el dispositivo de Consejería en salud sexual a través de la ESI nos interesa comprender las representaciones y prácticas de la sexualidad a partir de las subjetividades de los/as jóvenes, en la que fuimos aprendiendo junto con ellos/ as, nuevas miradas.

Retomando a Freud en Arango (2009), el ser humano es sexuado desde el nacimiento, solo que no se trata de una sexualidad madura, sino de un afianzamiento de la identidad. Podemos observarlo en la etapa de la niñez, desde el amor, la ternura y el vínculo de los padres/madres o cuidadores con los hijos/as ¿Entonces cómo no abordar la sexualidad si desde que nacemos es que vivimos rodeados de ella?

Desde ese lugar, consideramos el concepto de sexualidades desde su complejidad, no asociándolo solo a lo biológico, al cuerpo, sino que es una construcción social e histórica que está atravesada por diversos aspectos como la clase social, el género, lo psicológico, las relaciones sociales, la cultura, que hacen a las diferentes formas de vivir las sexualidades que adquieren manifestaciones particulares.

En este sentido, como menciona en capítulos anteriores la autora Butler (2001), el género es construido como práctica socialmente cultural que abarca los roles, actitudes, cuerpos, comportamientos establecidos para dos sexos, hombre y mujer, imponiendo una restricción a las interacciones sociales. De este modo, se fue configurando el imaginario social y regulando la vida privada de los sujetos según conductas y pautas sexuales definidas como correctas o incorrectas y que hoy se perciben como naturales y legítimas que influyen en las representaciones que van construyendo los jóvenes sobre la sexualidad. Citando un ejemplo, la experiencia sexual para los hombres es considerada un valor, basado en un rol activo, mientras que la mujer adquiere connotaciones negativas asumiendo un rol pasivo. Algunos/as jóvenes nos comentaban:

“los chicos si tienen relaciones sexuales está bien pero las chicas quedamos mal” “las mujeres si están con muchos chicos son rapiditas” (J)

Así, el género influye en la estructuración del orden heterosexual, donde prima fuertemente la homofobia con las personas del mismo sexo que forman una relación considerándolos como enfermos, desviados, anormales (Vaggione, 2012). Pudimos observar discursos que restringen la sexualidad vivida

por dos géneros reproduciendo palabras para referirse a las personas que no cumplan con ese estándar como.

“no veo la serie Elite porque es una serie de gays, o preguntas de ¿cómo tienen hijos las lesbianas?, ¿si Dios creó el hombre y la mujer!, ¿porque existe el amor entre dos hombres?, ¿por qué las mujeres son infieles?, ¿es culpa de la mujer de vestirse provocativa que le griten cosas?” (J)

En este punto, es importante considerar lo expuesto por las autoras Fidalgo y Mohr (2004) cuando hablan de las representaciones sociales, diciendo que son un conjunto de significados que hacen alusión a una forma de pensar e interpretar la realidad cotidiana a partir de la construcción del propio conocimiento. Teniendo en cuenta la experiencia, los modelos de pensamiento transmitidos por la educación, la tradición y comunicación como conocimiento del sentido común de las representaciones de los agentes que varían según su posición y sus intereses.

En adición a lo anterior, creemos que las representaciones de algunos jóvenes respecto a la sexualidad la vinculan con las relaciones sexuales, al cuerpo, a lo biológico, a lo heterosexual. En la cual prevalece la interacción sexual como una habilidad para mejorar la comunicación, para la búsqueda de nuevas experiencias, demostrar madurez, estar a tono con los compañeros/as del grupo, para lograr acabar con las presiones de pares, entre otros. De lo expresado, retomamos algunos dichos de los/las jóvenes, que ejemplifica esas representaciones hegemónicas de la sexualidad:

“¿cuál es la edad ideal para tener relaciones sexuales?, “¿Está bien tener relaciones con 12 años?”, “lo hacemos para no quedar mal” (J).

De esta manera, algunos/as jóvenes aceptan que existe un límite y mandato de inicio de las relaciones sexuales sin considerar sus propios deseos, decisiones para subordinarse bajo ciertos patrones sexuales que se van construyendo.

Al referirnos a quién puede ser parte de una relación sexual legítima, es que se observa como dimensiones constitutivas la edad, el género, la clase social (Vaggione, 2012). Con respecto a la edad, decimos que la misma opera como frontera de quienes pueden ser parte legítima de un vínculo sexual. Citando un ejemplo: el establecimiento de una edad mínima, produce restricciones legales y extralegales para el consentimiento sexual, si bien la maduración sexual no se asume como un momento único y estable, también se asume como defensa de los niños/as frente a los abusos sexuales.

La edad también juega de manera diferente en la constitución de parejas o relaciones sexuales respecto a hombres y mujeres, es aceptada cuando el hombre es el mayor mientras que es negada cuando las mujeres lo son.

La otra cara de esta estructuración es, la hipersexualización de los sujetos/as subalternos/as. Mientras los vínculos sexuales con personas de razas, etnias o clases sociales consideradas subalternas, se regulan como el afuera de una sexualidad legítima, estas mismas personas, se estereotipan como objetos encubiertos de deseo. Pero claramente, son dimensiones que responden a lógicas de representaciones sociales que van a contemplar esos derechos a la salud sexual.

En relación con la falta de acceso a la información sobre la salud sexual observamos dudas respecto a métodos anticonceptivos, menstruación, embarazos, poca información sobre las enfermedades de transmisión sexual, incluso algunos tabúes y mitos que dan cuenta de esa desinformación en la que se encuentran excluidos/as. Algunos mitos que podemos traer son:

"las pastillas engordan, las pastillas alteran el ciclo menstrual, la pastilla del día después no se puede tomar muchas veces al año, los preservativos son de mala calidad, vienen pinchados" (J)

En efecto, las mujeres expresan que deben someterse a las decisiones de los varones sin cuestionamientos, que representan ese dominio de las estructuras de poder del patriarcado, sobre la manera de llevar adelante las relaciones sexuales. Aquí también podemos recuperar que algunos jóvenes expresan:

"los métodos anticonceptivos es un tema de las chicas" "el preservativo es el único método anticonceptivo que usan los varones y las mujeres tenemos el DIU, el implante, las pastillas (...)" "las mujeres tenemos que ir a controles ginecológicos, mientras que los chicos no"

También, registramos escasa información sobre sus derechos sexuales, la interrupción voluntaria del embarazo, el acceder gratuitamente a los centros de salud e incluso sin la presencia de sus padres o cuidadores. Aquí observamos que varias/os jóvenes tienen miedo, vergüenza de acceder porque las profesionales encargadas de abordar sus sexualidades conocen a sus cuidadore/as y tienen miedo de que les cuenten incluso de que las charlen o le pongan ciertas limitaciones. Demandan atención, ayuda, confianza, diálogo, para hablar sobre sus sexualidades, pero que sea en la escuela, no en los centros de salud. A su vez manifiestan intereses para abordar la sexualidad no solo desde lo biológico sino también sobre las relaciones sexo afectivas que van vivenciando. Traemos algunas voces de los/las jóvenes:

"no quiero ir a la ginecóloga porque tengo miedo que le cuente a mi mamá" "me da vergüenza retirar preservativos porque todos te miran"

De allí la importancia del dispositivo que acompañamos e implementamos de la consejería en salud sexual integral como un espacio que pueda ser apropiado por los jóvenes en su totalidad. En este sentido, hemos sembrado una primera semilla anhelando que se replique también en otros ámbitos educativos.

3.6 Las juventudes como sujetos de derecho a una salud sexual integral

Consideramos a los/las jóvenes como sujetos que tienen derechos a vivir una vida sexual libre y segura en la que requieren tener la información adecuada y los recursos necesarios, así como las condiciones sociales, económicas y culturales de acceso a la misma. Con respecto a los DDSyNR son constituidos como dijimos anteriormente, como derechos humanos. Por ello, recuperamos lo que plantea Petracci y Ramos (2006) en el Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos que establece que:

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

En esta línea, la salud sexual integral, incluye el derecho a su salud como bienestar físico, mental y social, que está vinculada con otros derechos como la educación, el acceso a la información, a la participación, entre otros. Es por esto la importancia de la ciudadanía sexual según Bosio (2020), entendida como “un sistema de derechos sexuales, tendiente a establecer y ampliar los límites de lo que es la ciudadanía y se vincula con las relaciones de poder” (p 14).

Para el abordaje de ciertas necesidades nos parecen pertinentes debates con los/las jóvenes a través de la participación, en la mesita de la Consejería sexual integral en los pasillos del IPEM. En el mismo se reflexionaba entre pares sobre estas cuestiones de la sexualidad que ponían en juego el ejercicio de sus derechos sexuales como ciudadanos. Donde Durston (1.996), nos aporta en esa línea diciendo que:

La participación implica que el individuo ejerce esa ciudadanía, que se ocupe de los temas de preocupación de la colectividad, que hace escuchar su voz en la discusión

pública de esos temas, que pasa de ser mero consumidor de mensajes y valores a ser productor de sus propios mensajes. También, es necesario, que la sociedad reconozca los derechos de todas las personas a la ciudadanía plena; que cree espacios para su ejercicio; que apoye a las personas en su análisis y su comunicación de propuestas, y que establezca reglas que permitan que todos puedan realmente ejercer la ciudadanía en forma equitativa (p. 1)

De este modo, la idea de ciudadanía, se entiende desde una perspectiva amplia que invita a revisar las categorías de participación y a reconocer las expresiones de los/las jóvenes en cuanto a su salud sexual. Tanto aquellas vinculadas a las instituciones formales y los procesos estructurales, como las que tienen lugar en la vida cotidiana.

Abriendo el plano del ejercicio a la ciudadanía, que implica tener en cuenta las sexualidades, las diversidades y la autonomía decisional. Viene propicio lo que nos aporta Reguillo (2003) donde señala sobre la categoría teórica de ciudadanía sexual, que corresponden a todas y a todos por el solo hecho de ser personas, sin discriminación alguna por motivos de sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición social.

Siguiendo con lo anteriormente expuesto, nuestro proceso buscó revalorizar la palabra y participación de las juventudes. Como así también, potenciar el sentimiento de pertenencia en el espacio público, en el ejercicio de sus derechos a la salud sexual, como práctica política que garantiza las condiciones de ejercerse plenamente.

La inclusión de nuevos derechos, nuevas demandas cuestionan lo establecido, implica una ciudadanía sexual activa de los jóvenes, en las políticas públicas de salud. No obstante, la habilitación de los derechos ya conquistados no implica una relación lineal entre normas y prácticas. ¿Tal reconocimiento

contribuye a democratizar los procesos sociales y de ciudadanía? A fin de darnos a entender, citamos ejemplos:

“No me daban preservativos porque decían que era chico”, “Mi familia me imponía que tenía que sacarme el implante”, “Mi mamá no quería que tome pastillas anticonceptivas”

Se puede observar que hay adultos que siguen tomando decisiones por los/las jóvenes y también continúa esta concepción de las sexualidades ligadas a lo moral, a la edad y a tabúes, producto de la disputa histórica que impulsan los sectores conservadores. En este sentido la referente institucional nos expresa sobre la constitución de algunas familias de los jóvenes en el plano ideológico respecto a la sexualidad:

"Ellos tienen entornos familiares muy católicos, donde las pautas que rigen esas convivencias son conservadoras" "cuando una niña queda embarazada y plantea la posibilidad de interrumpir un embarazo, porque existe una ley y porque es un derecho ponerlo en la mesa, la mayoría te deja de hablar, se horroriza, cambia" (RE)

Estas expresiones se pueden observar en estos debates conservadores actuales como por ejemplo: “con mis hijos no te metas”,¹⁰ “si a la vida”¹¹, entre otros. Se presentan como obstaculizadores en algunas escuelas religiosas que modifican la ESI a través de sus ideologías más conservadores desde el amor y la procreación, desde una mirada heterosexual invisibilizando a las diversidades.

En esta línea nos interrogamos ¿qué pasa con las sexualidades? Estos derechos sexuales y (no) reproductivos abordan las sexualidades de las juventudes y el acceso a los servicios de salud sexual como

¹⁰ <https://conmishijosnotemetas.com.ar/#!/-inicio/>

¹¹ <https://infomontoya.isparm.edu.ar/noticia/1304/respetuosos-de-la-vida-decimos-si-a-la-vida-y-no-al-aborto>

un derecho humano fundamental, que para que se cumplan deben ser efectivos. Los/las jóvenes pueden concurrir solas a las consultas a partir de los 13 años, si son menores tienen que ir acompañados/as por un adulto, pero deben respetarse sus decisiones y en ningún momento deben negarse a lo que hace referencia a la autonomía progresiva sin intervenciones de otros/as. Los/as profesionales tienen la obligación de dar la información completa y de calidad para que las juventudes puedan comprenderla y poder efectuar responsabilidades respecto a sus derechos.

Algunos/as jóvenes también nos compartieron sus experiencias y saberes en relación a las barreras impuestas para el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos, generando un encuentro de diálogo, reflexión y participación entre pares, nos comentaron:

“¿Puedo ir solo al Centro de salud a buscar preservativos, o tiene que ir un adulto?” “¿Puedo ir con una amiga al centro de salud? o ¿con una tía? (J)

Había entonces, la necesidad de perseguir, que se cumplan las mayores posibilidades de formación para generar confianza y acercamientos con los jóvenes así como generar espacios para la promoción de información sobre el ejercicio de sus derechos en la salud sexual revalorizando la participación en el espacio público. En este sentido las/los jóvenes que participaban de la Consejería en salud sexual integral venían de manera confidencial y privada a nosotras por alguna duda, sugerencia o por algo que les está pasando. Se visualizaba una escasez de información entonces ante estas situaciones, considerando que los preservativos deberían tener acceso libre y no que alguien los entregue, teniendo en cuenta que pueden acceder de manera libre y gratuita. Muchos jóvenes nos comentaron:

“No sabía que se entregaban en el dispensario” “¿y por qué no hay en la escuela?” (J)

Este punto fijo es una herramienta de la política de accesibilidad al preservativo, teniendo en cuenta la importancia de un lugar visible, como en un dispensar que pueda estar disponible en los Centros de Salud, y en las escuelas ya que es fundamental en los lugares que transitan los/las jóvenes.

Considerar también, el derecho a la intimidad que tienen las juventudes, que garantiza que solo las personas autorizadas por las y los jóvenes estén presentes en los espacios de atención o asesoramiento. Este derecho está relacionado al derecho de mantener la confidencialidad sobre la información vinculada al estado de salud o cualquier otra situación que surja en estos espacios.

Esto nos permitió dejar de lado los prejuicios sobre las juventudes, y permitimos comprender la claridad en la toma de decisiones con respecto a su sexualidad. Teniendo en cuenta que históricamente se han ido actualizando los debates, en donde los viejos valores de la sexualidad se mezclan con otros más modernos. Permitiendo pensar la autonomía que tiene para ejercer su sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y (no reproductivos), capaces de vivir una sexualidad plena, responsable, sana y sin prejuicios.

Es importante destacar que el dispositivo de Consejería fue una herramienta fundamental para garantizar el acceso a información sobre temas de salud sexual y (no) reproductiva. Además, permitió a los/las jóvenes expresar sus dudas, miedos e inquietudes en un espacio de aprendizaje mutuo. En cuanto a las actividades de promoción, fueron una manera de difundir información desde la ESI incluyendo algunas actividades como los talleres, charlas informativas, folletos y carteles. En resumen, trabajar con jóvenes fue una experiencia muy enriquecedora, al escuchar sus experiencias, prejuicios e intereses que nos permitió a entender mejor sus necesidades con respecto a la sexualidad y diseñar estrategias para promover la efectividad de sus derechos sexuales y (no) reproductivos.

Reflexiones Finales y agradecimientos

Argumentamos en adelante, cuáles fueron los propósitos en relación a lo que fue nuestro proceso de práctica. Por una parte, entendemos que fue satisfactorio y enriquecedor como grupo, porque fuimos construyendo nuestras propias percepciones del mundo simbólico que nos atraviesa a todos/as, pero, por otra parte, dividimos nuestro quehacer en dos ámbitos de altísima relevancia.

Por otro lado, todo lo que tuvo que ver con las sexualidades, el poder encontrar desde ellos reflexiones y preguntas tan profundas como lo hemos expresado en párrafos anteriores respecto a la sexualidad, conociendo sus curiosidades, sus pensamientos, sus dilemas, es decir, entrar a esos ámbitos que, para ellos, son significativos al igual que para nosotras. Pero vale aclarar, que fue no solo un proceso de enseñanza- aprendizaje construido, sino también, sobre los paradigmas hegemónicos que prevalecen en la sociedad y que en ocasiones representa una barrera para que los jóvenes puedan expresarse vivencias y representaciones con respecto a su sexualidad.

Consideramos entonces, que nuestro proceso de trabajo final no fue solamente un cumplimentar un proceso que exige la universidad para egresarnos, sino también, que dejamos en los territorios una semilla para que siga fortaleciéndose, creciendo desde el lugar de la legitimidad, de la apropiación de saberes sobre todo en los sectores populares donde las dimensiones de lo económico como dijimos en párrafos anteriores, no debiera ser un obstáculo para ingresar al conocimiento ¿por qué lo entendemos desde este lugar? por qué estamos hablando de juventudes como sujetos de derechos.

Por eso, nuestros aportes en la tesina, tanto para la universidad, como para la sociedad, se establece en el reconocimiento de los derechos a las sexualidades y las pluralidades que estas convergen, sobre todo, en estos sectores subalternos o populares. Este aporte teórico, epistemológico y práctico que quisimos

plasmar y dejar en la universidad fue un proceso consciente, ético y preciso que necesita en un futuro fortalecerse de manera continua y contingente.

Deseamos compartirles finalmente, que para llegar a los propósitos que fuimos estableciéndose como metas, si bien, fue un proceso fructífero tanto en el interior de nuestro equipo como también para el ámbito comunitario societal. También fue atravesado por la alegría de llegar a la meta de terminar nuestra licenciatura, y se amalgamó con la tristeza de un hermoso proceso que se terminaba. Francamente, nuestro equipo se va agradecido de nuestra querida universidad, sobre todo, porque con nuestra última práctica- La presente tesina de grado- tuvimos la convicción de que, a diversos actores, pero, sobre todo, a las/ los jóvenes les permitimos y nos permitieron, romper barreras. Agradecemos la lectura de la presente tesina y consideramos que este aporte es también una fuente de consulta para futuros tesisistas que puedan leerlos y les sea gratificante. Fue un proceso maravilloso, lleno de aprendizajes e intercambio que nos costó, pero disfrutamos mucho. Gracias infinitas.

FIN

Referencias

Acuña, C. & Chudnovsky, M. (2002). El Sistema de Salud en Argentina. Cátedra de Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales.

Arango, M. (2009). Representaciones sociales de la sexualidad en jóvenes adolescentes de 15 a 17 años, pertenecientes al Inem Joser Félix de Restrepo. Universidad de Manizales: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano. CINDE. Sabaneta. Antioquia.

Ase, I. & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Revista Salud Colectiva, VOL. 5, N°. 1, pp 27-47. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.

<https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229>

Aquin, N. (2009) Objetivos y funciones del trabajo social comunitario. Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II. Trabajo Social IV.

Aquin, N. (2015). Los aportes del debate actual en la teoría social en torno a los sujetos. Facultad de Ciencias Sociales Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.

Aquin, N. (1996). “La Relación Sujeto-Objeto. Una Re significación Posible” La autora “La Especificidad del Trabajo Social y la Formación Profesional”. Encuentro académico nacional de FAUATS. Buenos Aires. Editorial Espacios. (pp. 60-80).

Acevedo, P. , Andrada, S, y López, E. (2012). La implicancia de la concepción de sujetos en la investigación y la intervención con jóvenes. En Cultura hegemónicas-Disputas entre representaciones hegemónicas y prácticas Alejandro Villa, Julieta Infantino, Graciela Castro (comp) NOVEDUC Bs.As. ISBN.

Breith, J. (1986). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5079790.pdf>

Belmartino, S. (1988). Modelo médico hegemónico II. Jornadas de APS. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario. Buenos Aires: CONAMER.

Berger y Lukmann (1968). La construcción social de la realidad, 1 edición, p.81. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Bosio, M. & Crosetto, R. (2022). Los derechos sexuales en salud pública: prácticas representaciones en el primer nivel de atención de la Ciudad de Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales. CLACSO. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana-cm/libro_detalle.php?id_libro=2782&pageNum_rs_libros=4&totalRows_rs_libros=1026&orden=novedad

Bosio, M. & Crosetto, R (2020). Ciudadanía sexual y atención primaria de la salud. Publicado en Revista en Conciencia Social Vol. 4. Nro. 2.

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30736>

Bermudez, V. (1996). : La violencia contra la mujer y los derechos sexuales y reproductivos: develando conexiones, p. 12. REUNIÓN DE EXPERTOS SOBRE POBLACIÓN, DESIGUALDADES Y DERECHOS HUMANOS. Santiago, Chile. CEPAL

Banks, S. (1997). Ética y valores en el trabajo social. Editorial: Paidós Barcelona, España.

Brown, J. (2009). Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. *Sexualidad, Salud y Sociedad- Revista Latinoamericana*, N°2, pp 10-28. <http://www.sexualidadsaludysociedad.org/>

Bocardi (2019) Sexo y afectos. Acerca del posicionamiento docente en los discursos de la educación sexual. *Prácticas teóricas 3: el lugar de los afectos*. Editorial del Centro de Estudios Avanzados Centro de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Sociales. (pp. 75-89)

Boccardi, F. & Boccardi, P. (2011). Tensiones sexuales de la familia. Una lectura de las configuraciones de la familia en el discurso social argentino. *Perspectivas de la Comunicación*. Vol. 4, N° 2. (pp. 68-78) Universidad de la Frontera. Temuco. Chile

Butler, J. (2001). *El Género en Disputa: Las mujeres como sujeto del feminismo*. Editorial Paidós.

Bourdieu P. (1988). “La Distinción. Criterios y bases sociales del gusto”. Edit. Tauros. Madrid. (p.p.54-125). <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/26572>

Carballeda, A. (2014). *Escenarios sociales, intervención y acontecimiento*. Buenos Aires: Ediciones digitales Margen. Recuperado de: <https://www.margen.org/epub/acontecimiento.pdf>

Carballeda, A. (2018). *La accesibilidad y las políticas de salud*. Buenos Aires: Ediciones digitales Margen, recuperado de http://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02_01.pdf

Cepeda, A. (2008). Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006). *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales N°2 del CONICET* <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/artic14.pdf>.

Cazzaniga, S. (2007). “La política y Trabajo Social: una relación erradicarle. Ponencia Central XXIV. Congreso Nacional de Trabajo Social. Federación Argentina de Profesionales de Servicio Social. Mendoza. (pp.11-12)

Chaves, M. (2010). “Jóvenes, territorio y complicidades. Una antropología de la juventud urbana”. Editorial Espacio. 1ra edición ¿Juventud? (p. 25-50). Buenos Aires, Argentina.

Deza, S. y Aizenberg. L (2017). Monitoreo social sobre anticoncepción e interrupción legal del embarazo en Tucumán. Colección Católicas por el derecho a decidir. Tucumán, Argentina. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1106>, consultado en septiembre de 2020. (p.25)

Dubet, F. (2007). El declive y las mutaciones de la institución. Revista de Antropología Social, vol. 16, Universidad Complutense de Madrid, España. (pp. 39-66)

<https://www.redalyc.org/pdf/838/83811585003.pdf>

Durston, (1996). Juventudes, Ciudadanía y Participación: Un acercamiento desde el paradigma sociocultural. Algunas concepciones fundamentales para acercarse a la ciudadanía joven. Ministerio de Educación de Santa Fe. Gabinete Joven

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/216215/1122895/file/Juventudes,%20ciudadan%C3%ADa%20y%20participaci%C3%B3n.pdf>.

De la O, G.& Tello L. N. (2010). "**Fragilidad** y debilidad del discurso en Trabajo Social: audiencia de la construcción desde la intervención social". Trabajo Social UNAM. Época VI, Número 1, UNAM, México.(pp. 22-35).

Faleiros, V. (2003). Articulación estratégica e intervención profesional. Estrategias de Empowerment en Trabajo Social. Buenos Aires, Editorial LUMEN.

Freud (2013). Erotismo y Sexualidad. Foucault frente a Marcuse y Freud, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. CLACSO. Editorial CES-UNNE

<https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/ces-unne/20141001052706/Schaufler.pdf>

Ferrara, F. (1985). Teoría social y salud. Buenos Aires: Catálogos Editora.

Fernandez, L. (1994) Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas. Paidós, Barcelona. Bs. As. Méjico. (Capítulo 2 y 3 pp 35-82)

Fidalgo & Mohr (2004). Reconstruyendo las prácticas y las representaciones sociales de los adolescentes en torno a su sexualidad". VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Garay, L. (2006) La cuestión institucional en la educación y las escuelas. En: Butelman, I (Compiladora) Pensando en las instituciones. Editorial Paidós (pp. 126 -158)

González, M. et.al (2004). Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Revista chilena de pediatría, 76(6), 573-579.

Heredia, V. (2022). Incomodar los cuerpos, desaprender las normas. ESI: biopolítica, punto de partida y devenir en Haciendo cuerpos: gestión de vidas/ Emma song... [et al.]; editado por María Bella... [et al.]. - 1a ed. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Filosofía y Humanidades. (p. 192)

<http://ffyh.unc.edu.ar/publicaciones/wp-content/uploads/sites/35/2022/03/e-book-HaciendoCuerpos.pdf>

Hermidas, M. (2018). Derechos, neoliberalismo y Trabajo Social. Por una reconceptualización decolonial del enfoque de derechos en la intervención profesional. XXIX Congreso Nacional de Trabajo

Social: La dimensión ético-política en el ejercicio profesional: la revisión de las prácticas en la actual coyuntura. FAAPSS-CPAS

Chiara y D'Virgilio (2014). Aproximaciones conceptuales a la Gestión Social en Ámbitos Públicos. Aportes para la construcción de un concepto de Gestión como dimensión de la intervención profesional del Trabajo Social - Ficha de Cátedra - ETS - UNC, febrero de 2014.

Kaminsky, G. (1994). Dispositivos institucionales. Editorial Nueva visión. (pp 7-31 y 129-140)

Linares, M. C. (s/f) “Llegar a ser alumno. Explora pedagogía”. Ministerio de Educación - explora.edu.ar

Maddaleno, M., Mazin, R., & Vega, A. P. (2005). Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Obtenido de:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7630/OPS2005ISBN927532615.pdf?sequence=1>

Miller, A. (2001): Sexual no reproductivo: explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y reproductivos. En: Derechos Sexuales y Reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima, 2001. (p. 87).

Morgade, G. (2006) “Educación en la sexualidad desde el enfoque de género. Una antigua deuda de la escuela”, en Novedades Educativas, N° 184.

Martínez, A., Collazo, M., Liss, M. (2009) Dimensiones del trabajo docente: una propuesta de abordaje del malestar y el sufrimiento psíquico de los docentes en la Argentina”. Educ. Soc., Campinas, vol. 30, n. 107, . Recuperado el 04 de junio de 2019. (p. 389-408)

<https://www.scielo.br/j/es/a/7sSSdYPHVvX5nPDvW6wfhdF/?format=pdf&lang=es>

Morillo, A, Bocco, G, Suárez, F. (2008). Gestión en el primer nivel de atención de salud. Un relato de experiencia. Congreso Internacional de Medicina General. Rosario, Argentina.

(**Pecheny** 2007, desde los aportes teóricos de Bosio y Crosetto 2020). Ciudadanía sexual y atención primaria de la salud. Publicado en Conciencia Social Vol. 4. Nro. 2. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30736>

Piotti, M.(2011) Trabajo social en las estrategias con niños/as y adolescentes en la III Jornadas Regionales de Trabajo Social. Universidad Nacional de Villa Maria.

Petracci, M., & Ramos, S. (2006). La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia.

Restrepo, O. (2003). La caja de herramientas: mutaciones dialogantes o de lo positivo a lo interactivo. En Reconfigurando el TS, perspectivas y tendencias contemporáneas. Bs. As. Editorial Espacio.

Rossi, A. (2008). Organizaciones públicas estatales y no estatales y prácticas del trabajador social. Revista de Trabajo Social- FCH-UNCPB. Año N°1.126-141. Tandil. (p.147)

<https://revistaplazapublica.files.wordpress.com/2014/06/rossi-a.pdf>

Rodríguez, M. . (2017). Feminismos, pensamiento crítico y propuestas alternativas en América, 1a ed. Ciudad de Buenos Aires. CLACSO

https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20170828113947/Feminismos_pensamiento_critico.pdf

Reguillo Cruz, R. (2000) Emergencia de Culturas Juveniles. Estrategias del desencanto. Grupo Editorial Norma Bogotá, Buenos Aires, Lima, Quito.

Reguillo, C. (2003). Ciudadanías juveniles en América Latina. Última década, 19, CIDPA. Viña del Mar. (pp. 11-30).

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362003000200002

Soldevila, A; Crosetto, R y Bosio, M. (2018). Movimiento de mujeres, diversidad familiar y demandas en el campo de la salud pública. CLACSO. Simposio Internacional: pensar lo público desde las investigaciones e intervenciones feministas: debates y controversias en clave latinoamericana y del Caribe. Posadas: Universidad Nacional de Misiones

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Revista de Salud Colectiva. (UNLA), Argentina. (p. 276). <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>

Torcigliani, N. (1997). Seminario taller: investigación e intervención. Utopías. Facultad de Trabajo Social, UNER, Entre Ríos, Argentina. (p.97)

Trachitte M. T. et.al (2008), que cito a Mary Richmond (1993): Ética y Trabajo Social: la dimensión ética en la intervención profesional. Sociedade em Debate, Pelotas 14 (1): (pp.47-79)

Vaggione, M. (2012). Sexualidades, desigualdades y derechos: reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos, 1a ed. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Editorial Ciencia, Derecho y Sociedad. (p.13)

Fuentes Primarias

(G Entrevista, con el objetivo de indagar las representaciones sociales de la sexualidad, 7 de mayo de 2022)

(RB Entrevista, con el objetivo de conocer las representaciones de la sexualidad que tienen el centro vecinal con respecto los/las jóvenes, 7 de mayo de 2022)

(RB2 Entrevista, con el objetivo de conocer lo que hacen desde la casita cultural, 9 de mayo de 2022)

(RE Entrevista, con el objetivo de indagar y conocer la institución educativa secundaria a la que asisten los/las jóvenes, 14 de junio de 2023)

(RZ Entrevista, con el objetivo indagar la función de las políticas públicas en el abordaje de la sexualidad en las DAPS, 7 de mayo de 2023)

(TS Registros del cuaderno de campo durante la practica de intervención pre-profesional que se inicio en marzo de 2022 y finalizó en octubre de 2022)

(J Registros del cuaderno de campo durante la practicas de intervención pre-profesional por la diversidad de voces que se registraron durante el dispositivo de la Consejería sexual integral, que se inició en agosto de 2022 y finalizo en octubre de 2022)

Otras fuentes

- **Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo** (AWID, 2004). Interseccionalidad, una herramienta para la justicia de género.
- **Ministerio** de Salud de la Nación. (2010) Derechos Sexuales y Reproductivos. Hacemos campaña por nuestros derechos. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Participación comunitaria. Derechos sexuales; 1. Buenos Aires.
- **Con mis hijos no te metas Argentina** <https://conmishijosnotemetas.com.ar/#!/inicio/>
- **Si a la vida noticias** <https://infomontoya.isparm.edu.ar/noticia/1304/respetuosos-de-la-vida-decimos-si-a-la-vida-y-no-al-aborto>
- **Freidin, Ballesteros, et. al** (2020) El desborde asistencial de atención primaria de la salud y el establecimiento de prioridades. Proyecto; Atención primaria en tiempo de crisis”. TESEOPRESS <https://www.teseopress.com/atencionprimaria/chapter/capitulo-3-el-desborde-asistencial-en-el-centro-de-atencion-primaria-de-la-salud-y-el-establecimiento-de-prioridades/>
- **Rotondi, G. & Gaitan P.** (2013) Proyecto de Investigación Participación político/estudiantil y ciudadanía. Repositorio Digital UNC. (p.2)

<https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/26572>
- **Organización Mundial de la Salud** (2006).Concepto de Sexualidad https://www.amsafelacapital.org.ar/2016/amsafe_va_a_la_escuela/esi/02-definicion_sexualidad.pdf

- **Fundación Huésped** (2021) El ABC de la ESI Algunas preguntas y respuestas sobre la Educación Sexual Integral: <https://huesped.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/el-abc-de-la-esi.pdf>
- **DELS, (2017) .Organización Mundial de la Salud y Panamericana de la Salud**
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/las-personas-menores-de-edad-capacidad-progresiva-y-cuidado-del-cuerpo-y-la-salud-en-e>

Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada el 30 de octubre de 2002, N° 25.673. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/ley-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable-no-25673-y-decreto-reglamentario>

Ley Nacional de Estudiantes-Embarazadas y Progenitores, sancionada el 5 de Noviembre de 2003, N° 25808. MODIFICACION DEL ARTICULO 1° DE LA LEY 25.584 PROHIBICION EN ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION PUBLICA DE IMPEDIR LA PROSECUCION NORMAL DE LOS ESTUDIOS A ALUMNAS EMBARAZADAS O MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2003_ley25808_arg_0.pdf

Ley de Educación Sexual Integral (ESI), sancionada el 4 de Octubre de 2006, N° 26150
<https://www.argentina.gob.ar/educacion/esi#:~:text=El%20Programa%20Nacional%20de%20Educa>

Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada el 28 de Septiembre de 2005. N° 26061. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>

Ley de Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia, sancionada el 11 de marzo de 2009. N° 26485. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf

Ley del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, sancionada el 24 de mayo de 2012.

N°26529.<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2018/10/01/f9e639a2134f1e855301f00194b4abaf6f008eb9.pdf>

Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), sancionada el 30 de diciembre de 2020. N°

27610.<https://www.argentina.gob.ar/noticias/ley-no-27610-acceso-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive-obligatoriedad-de-brindar>

Ley de Identidad de Género, sancionada el 9 de Mayo en el año 2002. N° 26743

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-26.743-identidad-de-genero_0.pdf