



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.
Licenciatura en Trabajo Social

*La Salud Sexual y Reproductiva desde la intervención del Trabajo Social en Hospital
Eva Perón durante los años 2015-2016.*

Sosa María Victoria

Directora: Garma María Eugenia.

Tesina de grado
Lic. en Trabajo Social.

Rosario, 2016

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1	8
Derechos Sexuales y Reproductivos.....	9
Los derechos sexuales y reproductivos desde la óptica internacional	10
La salud sexual y reproductiva en la Argentina.....	13
La salud sexual y reproductiva en Rosario.	17
CAPÍTULO 2	20
Los derechos sexuales y reproductivos. la puesta en marcha.....	21
Una nueva forma de trabajo en salud.....	22
Articulación entre el programa y las provincias:	23
Aseguramiento de los insumos anticonceptivos:	23
Recursos humanos calificados:	25
Estrategias de comunicación y difusión de los derechos:	26
Interrupción legal del embarazo (ILE):	27
Objetores de conciencia:	29
Educación Sexual:	30
Modelo de atención: Las consejerías	30
CAPÍTULO 3	35
El Hospital Eva Perón: Algunas características	36
Intervencion del Trabajo Social:.....	37
Consejeria en Salud Sexual y Reproductiva en el Hospital:.....	38
Equipo profesional dentro de la consejeria:.....	39
Estratégias de intervenciónde Trabajo Social en la consejeria:	40
Límites y posibilidades en la intervencion, en la consejeria:	42
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXO	53

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a las dos personas que son los pilares de mi vida, sin ellos nunca hubiera llegado hasta acá, saben que los amo profundamente pero no quería dejar pasar este momento sin volver a decírseles y agradecerles por confiar siempre en mí.

Gracias Mamá y Papá, los amo con el alma.

En segundo lugar, quiero agradecer a mis amigas, tanto de mi pueblo como las maravillosas personas que fui conociendo en el transcurso de estos años y que sin ellas tampoco hoy estaría acá.

Muchas gracias a todas, las quiero enormemente.

El tercer lugar, agradecer a aquellas personas que me brindaron un rato de su tiempo, para que este trabajo hoy sea posible, desde los profesionales del hospital, especialmente a Marcela, docentes de la carrera de Trabajo Social, y específicamente a mi tutora, María Eugenia Garma, quien hizo que hoy, pueda cerrar un ciclo para empezar uno nuevo.

Por último, agradecer a mi primo, Julián, a quien lo llevo en el corazón y a quien amo profundamente, sé que estas orgulloso de mi.

Muchas gracias a todos.

María Victoria Sosa

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo comienza como resultado de múltiples interrogantes que fueron surgiendo en el transcurso de mis prácticas pre- profesionales. Los cuales empezaron en el campo de la Violencia de Género y a medida que pude ir obteniendo y trabajando sobre el mismo se me presentaron nuevos, exclusión, trabajo precario, doble jornada laboral, femicidios, interrupción del embarazo, etc. Siendo uno de estos cuestionamientos la temática de la salud sexual y reproductiva.

Este interés por la salud sexual y reproductiva me acerco a uno de los hospitales-escuelas públicos más grande del Gran Rosario; el Hospital Eva Perón; en donde tuve la oportunidad de conocer la Consejería en Derechos Sexuales y Reproductivos y así ir acercándome a las diferentes realidades y problemáticas de las personas que se acercaban a dicho espacio durante los años 2015-2016.

La tesina busca reconstruir la salud sexual y reproductiva desde las formas discursivas y las diferentes estrategias de intervención del Trabajo Social que se llevan a cabo en función de las demandas en un Hospital público.

A partir de la restauración de la democracia en la Argentina, la salud sexual y reproductiva inició un proceso de avances y retrocesos, siendo hitos principales; durante el gobierno del Dr. Alfonsín; la derogación del Decreto 659/74 el cual establecía el control de la comercialización de los anticonceptivos durante el gobierno de Isabel Perón, y la Ley 25.673 del año 2002, la cual dio origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. A partir del momento de su sanción, las autoridades sanitarias tanto a nivel nacional, provincial como municipal, en cumplimiento por lo dispuesto en dicha ley debieron llevar adelante una política activa con el objetivo de la correcta implementación del programa, de esta forma la salud sexual y reproductiva se incorporó en la agenda de las políticas públicas del Estado Nacional.

Este trabajo pretende contribuir a una mejor comprensión de la salud sexual y reproductiva a través del relato y observación de la intervención del trabajo social para seguir avanzando en el aporte que brinda nuestra profesión a este tema.

La intervención profesional desde un espacio institucional como es el ámbito hospitalario enfrenta a los profesionales al reto de ofrecer calidad y eficiencia en la atención a un usuario que aumenta en número y complejidad cada día más. En donde la salud sexual y reproductiva se hace visible a través de las posibilidades de acceso al conocimiento en tanto a lo referente a los medios para evitar enfermedades de transmisión sexual y ejercer responsablemente la procreación, detección precoz de patologías malignas, las cuales contribuyen al aumento de la morbimortalidad infantil y materna. Estas formas de expresión de inequidad muchas veces se escapan de los alcances de la población de menores recursos.

Para el correcto análisis y desarrollo de los objetivos del presente trabajo es que se plantearon tres etapas principales; sistematización de la documentación, acercamiento y entrevistas con las profesionales de Trabajo Social del hospital para la obtención de información y luego análisis de los testimonios. Hay que tener en cuenta que si bien el acercamiento a la institución se hizo desde el 2015 hasta el 2016, el análisis y descripción que se realiza en este trabajo sobre las intervenciones tienen su foco hasta finales del año 2015 en donde se produjo un cambio en la gestión a nivel nacional y provincial lo que trajo aparejado repercusiones en la temática que son difíciles de comprender al calor de la coyuntura.

En cada uno de estos momentos se buscó avanzar en nuestro objetivo principal, la reconstrucción de la salud sexual y reproductiva desde la intervención de los profesionales, partiendo siempre de los insumos teóricos que nos sirvieron como base para la interpretación del trabajo.

El relato del proceso metodológico desplegado y la enunciación de las herramientas utilizadas son relevantes para entender la complejidad del estudio realizado y dotar a las conclusiones y recomendaciones emergentes de mayor confiabilidad. La metodología utilizada es cualitativa, ya que sostiene que la idea de la unidad de la realidad es holística y pone el acento en la perspectiva de los actores involucrados (Sautu, 2005).

En relación a la primera etapa, sistematización de la documentación, los métodos que utilizamos fueron la investigación documental, la cual consiste en una selección y recopilación de información por medio de la lectura crítica de documentos y materiales bibliográficos, para su posterior análisis e interpretación.

En segundo lugar, para recoger y analizar la información primaria relacionada con los conocimientos, concepciones y actitudes de los profesionales acerca de la Salud Sexual y Reproductiva y de su intervención en la temática necesariamente se debió recurrir a las entrevistas semiestructuradas individuales. Se realizaron dos guías de preguntas, una destinada a todas las profesionales en general, con el objetivo de conseguir respuestas homogéneas, y la segunda a aquellas que se encuentran trabajando estrechamente en la temática.

Este trabajo tomo como referente empírico el Hospital Eva Perón, que se encuentra ubicado en la ciudad de Granadero Baigorria y fue proyectado dentro del II° Plan Quinquenal del gobierno del Gral. Juan Domingo Perón, e inaugurado en 1957. Su nombre es en homenaje a la figura de Eva Perón, ícono del Peronismo. Éste es un hospital público dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Estuvo bajo la órbita de la Universidad Nacional de Rosario, siendo transferido a manos provinciales en 1981.

A partir del año 2008 en la Provincia de Santa Fe se implementa una política de regionalización que busca reorganizar el territorio, conformando cinco regiones o Nodos, integrando áreas geográficas anteriormente desconectadas. Esta política comprende tres aspectos: descentralización, planificación estratégica y participación. Estos ejes se cruzan en éstos efectores de mediana (HRSP) y alta complejidad (HEEP) que actúan como hospitales de referencia del Centro y Sur de la Provincia. Es así que el Hospital Eva Perón presta servicios al norte del Gran Rosario, además es base de 9 centros de salud, en el Área Programática I de la Zona VIII. Entre algunos de los servicios que presta se encuentra: Cardiología, Cirugía, Obstetricia, Oncología, Pediatría y Consejerías en Derechos Sexuales y Reproductivos.

En la actualidad, vamos a encontrar cinco trabajadoras sociales dentro de la institución, habiéndose entrevistado a tres de las mismas, ya las otras dos se encargan de la unidad de urgencias, no teniendo ningún contacto con la temática en cuestión.

El eje de las entrevistas a los profesionales estuvo centrado en las distintas problemáticas que llegan al hospital referidas a la salud sexual y reproductiva, descripción de la población y conocimiento de los mismos acerca de la temática, papel de la consejería al respecto, y rol y estrategias de intervención de los profesionales para

el abordaje de la sexualidad y reproducción. Dichas entrevistas fueron grabadas para no perder de vista el relato del entrevistado, asegurándose de esta forma que las palabras del informante sean exactas.

En el transcurso de la tesina, se desarrollara primeramente el recorrido histórico de las Convenciones Internacionales que fueron la base para el ingreso de los Derechos Sexuales y Reproductivos a nuestra legislación; para de esta manera entender y analizar las leyes y programas provinciales y municipales, que delinearon los modos de intervención estatal en el ámbito de la reproducción en la Argentina en el siglo XX, llegando hasta la formulación y sanción de Ley Nacional 25.673.

Siguiendo por esta línea, es fundamental retomar y desarrollar los principales lineamientos de las diversas Guías, que sirvieron como instrumentos base de la normativa, para que su alcance sea nacional. Si bien el Estado argentino adhiere a las convenciones y tratados internacionales sobre este campo en la Reforma Constitucional de 1994, realizando avances importantes en el reconocimiento de derechos, sin embargo la adecuación en la implementación de políticas públicas y los indicadores como la mortalidad materna por causas evitables y embarazos adolescente nos siguen interpelando sobre temas pendientes en la agenda pública.

Para terminar, en el último capítulo se describirá al hospital Eva Perón, que es la institución desde donde interviene el Trabajo Social en torno a la salud sexual y reproductiva, identificando los obstaculizadores y facilitadores de la misma. Llegando a conocer el espacio de la consejería, y las estrategias de intervención de los profesionales.

CAPÍTULO 1

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Los debates en torno a la sexualidad y la reproducción, han tenido un fuerte impacto social, político y cultural en nuestro país y en América Latina. La institucionalización jurídica de los derechos sexuales y reproductivos desde el retorno a la democracia, en 1983, en la Argentina, constituyó el punto de partida de la estrategia política que se reflejó en los conflictos de intereses y debates inherentes a un problema que configura una verdadera cuestión social¹. Los datos estadísticos oficiales del año 2002, provenientes del Ministerio de Salud de la Nación reflejaban una realidad social sanitaria que ponía en el centro del debate la temática. La sexta parte de las mujeres madres tenían entre 10 y 19 años; se produjeron más de 500.000 abortos anuales; un tercio de las muertes maternas fueron causadas por esta práctica clandestina; como consecuencia de los abortos clandestinos, muchas adolescentes perdieron el útero y los ovarios, debido a la gravedad del cuadro; dos tercios de los casos de SIDA se contagiaron por relaciones sexuales sin protección.

Es en éste escenario, que la problemática empieza a ser denunciada no solo desde los movimientos feministas y organizaciones internacionales, sino también de asociaciones profesionales, centros de investigación, profesionales de la salud y legisladores.²

La década de los noventa fue caracterizada como la conquista de los derechos humanos. Ese recorrido reconoce una primera etapa, protagonizada por sucesivas Cumbres Mundiales, que buscaron asentar jurídicamente y dar jerarquía internacional de derechos humanos a los derechos de la mujer.

¹ “La cuestión social es una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta al enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo la cuestión de la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina nación) para existir como un conjunto vinculado de interdependencias”. (Castel, 1997, p 20).

² Levín, Silvia. Dilemas de justicia política en Argentina. Injusticias de Género en el mundo globalizado. Cap. 2. Pág. 66. Rosario, 2014.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DESDE LA ÓPTICA INTERNACIONAL

La existencia de desigualdades en el ejercicio de los derechos, como resultado de un proceso histórico y social, era visible y cuestionada desde, los principios universales de derechos humanos. El dato objetivo que hace visible los derechos sexuales y reproductivos, como problema social, estaba constituido por las cifras de mortalidad materna y embarazos adolescentes. En este marco los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos en diferentes tratados, convenciones, conferencias y pactos internacionales.³

En 1978, la Organización Mundial de la Salud reunida en Alma Ata, reafirma la importancia de la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo”*. A su vez en el artículo VI expresa la necesidad de que sea *“accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar”*⁴. Es a partir de éste momento que se incorpora la idea del respeto por la autonomía y participación de cada individuo.

En adelante, el proceso de instalación de la noción de salud sexual y reproductiva, retoma el concepto formulado por la OMS, y en 1994 en la Conferencia del Cairo, expresa:

*“La salud reproductiva es un estado general de completo bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia [...]”*⁵

³ Levín Silvia, Derechos sexuales al revés; pp 77-78; 2010.

⁴ Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional de atención primaria de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 1978

⁵ Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y desarrollo. El Cairo, 1994.

Desde la conferencia de El Cairo, el eje de las políticas de desarrollo por primera vez se desplaza de las *metas demográficas* al *respeto por los derechos*. Se corre la noción de atención del control de la natalidad y cobra importancia cuestiones como el empoderamiento de las mujeres, la equidad de género, la libre elección sexual y la equidad en la distribución de los recursos.

La V Cumbre Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, consolidó a través de la Plataforma de Acción, el marco de políticas internacionales más exhaustivo para la acción, y una fuente de orientación para lograr la igualdad de género y los derechos humanos. En la misma se reconoce a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales⁶.

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

Las sucesivas Cumbres Mundiales que transcurren durante las décadas del 2000, tienen una menor incidencia en nuestra temática de interés en la agenda internacional. Ejemplo de esto son, la Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (Monterrey, 2002); Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (Ginebra, 2003). Sin embargo, paralelamente en América Latina, se celebraron sucesivas Conferencias Regionales que plantearon lineamientos relacionados con los derechos de la mujer, como por ejemplo, la Octava Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe⁷ (Perú, 2000); Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (México, 2004).

Ahora bien, siguiendo a Levín (2010), debemos hacer notar que; en primer lugar, los derechos sexuales y reproductivos son adjudicados; en las normativas internacionales; como parte de los derechos humanos en salud, de esta manera, si bien en el discurso se enfatiza sobre las libertades individuales de los sujetos como fundamento de estos

⁶ Declaración y plataforma de acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing. IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre las Mujeres, Beijing; 1995.

⁷ Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe funciona como un órgano subsidiario de la CEPAL, que trabaja específicamente sobre política de género.

derechos, en sus disposiciones, contrariamente a su discurso, se regula jurídicamente la sexualidad y reproducción como “poderes” del Estado para garantizar su ejercicio.

Segundo, no se garantiza la igualdad de trato y la no discriminación. Ya que toda la normativa internacional, tiene como destinatario final a la mujer madre, que tiene libertad para planificar sus embarazos, salud pública para garantizar un parto y puerperio seguro y sin riesgo, esa mujer tiene un trato digno en igualdad de condiciones junto con todas las demás mujeres que también deseen ser madres. Ahora bien, la autora nos interpela, acerca de la mujer que no desea ser madre, no puede llevar adelante esa voluntad, ni salud pública para garantizar el ejercicio pleno para ejercer esa decisión.⁸

Además, es necesario tener en cuenta que América Latina es la región más desigual del mundo (CEPAL, 2002). Esta desigualdad se refleja tanto a nivel económico y social, y así mismo va de la mano con las desigualdades de género, etnia, raza, y territorial las cuales han construido estructuras de desventajas que se refuerzan entre sí, están presentes en los distintos ciclos de la vida de las personas, se transmiten como “cadenas de desventajas” y no solo restringen las oportunidades de vida individuales y familiares sino, que también impiden el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la región (PNUD, 2005). Es en este marco, que nos debemos interrogar, acerca de las razones por las cuales muchas veces los titulares de derechos no pueden acceder al conjunto de garantías ciudadanas. Y que no solo tienen que ver con bajos índices de participación, o falta de empoderamiento de estos grupos, que se puede resumir en un desconocimiento de los derechos pero también tenemos que tener en cuenta el débil posicionamiento de estos sujetos en la sociedad. Esto es, no reclaman ni pueden ser autónomos, porque desconocen la idea de sujeto portador de derechos.⁹

⁸ Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe funciona como un órgano subsidiario de la CEPAL, que trabaja específicamente sobre política de género.

⁹ Abramovich y Pautassi. El enfoque de derecho y la institucionalidad de las políticas sociales. Cap VII, p: 313.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ARGENTINA

En efecto desde la legitimización de la temática de la sexualidad y reproducción, en tanto cuestión social, desde el derecho internacional, es que se compromete a los Estados a asumir un compromiso público en términos de responsabilidades políticas. La definición y alcance de los derechos sexuales y reproductivos dependerá del compromiso y la responsabilidad pública que asuman los Estados mediante formas de acciones de gobierno. Es por esto que en cuanto a nuestro país, se debió esperar hasta mediado de los años ´80 para hacer visible el debate sobre la temática (Levín, 2010).

El gobierno constitucional de Isabel Martínez de Perón, se caracterizó por el desarrollo de políticas violatorias a los derechos sexuales y reproductivos. Prueba de esto fue el decreto 659/74, de 1974 que estableció el control de la comercialización de los anticonceptivos (se exigían recetas por triplicado) y prohibía las actividades directas o indirectas dirigidas al control de la natalidad en los establecimientos públicos de salud. Si bien esta medida prohibitiva no impidió que los anticonceptivos continuaran vendiéndose sin las recetas, las consecuencias fueron nefastas para las mujeres de los sectores populares, ya que no poseían los medios para acceder a los anticonceptivos ni a la consulta.¹⁰ Otro de los reflejos de estas políticas fue Decreto N° 3938/77 que crea la CONAPODE (Comisión Nacional de Políticas Demográficas y Políticas Nacionales de Población), con el objetivo de poblar aquellas zonas vacías.

Con la restauración de la democracia en la Argentina, y la presión internacional que se ponía en el asunto, la política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos comienza. El primer paso se da con la derogación y sustitución de los decretos restrictivos del gobierno de Isabel Perón y la dictadura militar en 1986, a través del Decreto N° 2274 el cual reconoce el derecho humano básico tanto de hombres como mujeres a decidir sobre su reproducción. Además el mismo estableció la responsabilidad del Estado de informar y brindar los servicios para asegurar estos derechos. En 1987 se implementó, como experiencia piloto en la Ciudad de Buenos Aires, la primera iniciativa en el marco de las políticas públicas, destinada a suministrar asistencia en anticoncepción a la población usuaria de los servicios de la red asistencial pública: el Programa de Procreación Responsable.

¹⁰ Lubertino, María José “Los derechos reproductivos en Argentina”. Entre píldoras, mandatos y emociones. Primeras jornadas. Red nacional de salud de las mujeres 1995.

Durante la década de los noventa y bajo el gobierno de Carlos Menen, se produjeron una serie de reformas que modificaron las políticas sociales en nuestro país. Estas reformas se construyeron sobre un juego de diagnósticos y recomendaciones, tanto de actores sociales y políticos de la región como de los organismos multilaterales que apoyaron y financiaron una parte importante de las políticas para su desarrollo tanto en términos económicos como sociales (Andrenacci, 2005).

Estos cambios, se dieron en relación a tres grandes procesos; la desestatización; descentralización y la focalización. En cuanto a la descentralización vamos a ver que el Estado realizó una transferencia de responsabilidades desde el mismo hacia los gobiernos subnacionales, esta acción implicó, para las políticas sociales, dos problemas principales, el primero relacionado al suministro de recursos que llevó al desfinanciamiento de muchas de las políticas. Y el otro problema que trajo aparejado fue el del modelo, es decir, las formas, tiempos y características de la descentralización no tomaron en cuenta el riesgo de la fragmentación y diferenciación entre las distintas zonas geográficas de nuestro país (Andrenacci, 2005). Esto trajo como consecuencia que cada una de las provincias sancionen sus normas de formas muy despareja y desigual; Neuquén (1997), Misiones (1998), Chubut (1999).

En cuanto a la desestatización vamos a observar que la misma, implicó una transferencia tanto a nivel de gestión como de regulación, pasando del Estado hacia actores privados y asociativos, además amplió la participación tanto hacia organizaciones no gubernamentales y comunitarias para la ejecución directa o control y regulación de los programas sociales, a través de mecanismos de gestión asociada (Andrenacci, 2005). Esta decisión, tuvo como consecuencia que las organizaciones civiles (ONGs, Religiosas y comunitarias), impusieran sus respectivos intereses particulares en la gestión de lo público, es decir, estas organizaciones se transformaron en actores indiscutibles, capaces de garantizar o impedir la gobernabilidad democrática (Andrenacci, 2005).

Bajo esta línea, es que vamos a ver, que el Presidente Menen, encolumnado con la Iglesia Católica, para impedir la incorporación de la temática de la sexualidad y reproducción en la agenda pública, promovió y creó el Plan Nacional a Favor de la Madre y el Niño en 1991 (Levín, 2010).

Si bien, el recorrido para alcanzar la situación actual no fue lineal, sino que más bien estuvo marcado por grandes obstáculos, durante la década de los noventa. Luego de la Cumbre sobre Desarrollo en el Cairo (1994), y las reformas incorporadas a la Constitución Nacional durante el mismo año, sumadas al compromiso que asumieron determinados sectores de la sociedad a partir de la demanda de los movimientos feministas es que adquiere, con mayor despliegue en la agenda pública la temática, la cual se manifestó con disposiciones tendientes a ampliar la equidad de género: La Ley de protección contra la Violencia Familiar (1994), la incorporación de la Convención para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1996), Modificación del Régimen de Asignaciones Familiares (1996), Plan de Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres (1997), entre otras.¹¹

Como se puede observar, estos años, fueron de transición y contradictorios signos de cambio. En donde la salud y los derechos sexuales y reproductivos fueron adquiriendo mayor visibilidad pública, se amplió su reconocimiento como derechos humanos y se demandó al Estado su promoción y la garantía de su ejercicio. Paulatinamente, se introdujeron cambios institucionales y programáticos en los diversos niveles de la política pública, orientados por el principio de la autodeterminación de las personas con relación a sus decisiones en sexualidad y reproducción.¹²

La Provincia de Santa Fe no queda exenta de estos avances y luchas. Si bien se sanciona la Ley N° 11.888, en el año 2001, que crea el programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, recién se reglamenta en octubre del 2002, un año y medio después, debido a innumerables controversias entre el gobierno y los grupos católicos conservadores.

El gobernador de la provincia en ese momento, Reuteman, tuvo que lidiar con los grupos católicos conservadores para lograr consensos en la reglamentación de la ley. Estas presiones de los grupos conservadores impulsaron a que el Ministro de Salud de la provincia (Fernando Bondesio), emitiera una circular dirigida a los hospitales y centros

¹¹ Levin, Silvia. Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?. Pag 109. Párrafo 2.

¹² Petracci, Mónica y Ramos, Silvina. Un trabajo preliminar fue redactado por el Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES: “La salud y los derechos sexuales y reproductivos. Avances y retrocesos”, en CELS Derechos humanos en la Argentina, Informe 2002-2003, Buenos Aires, 2003, págs. 347-376.

de salud, con el objetivo de denunciar los abortos que llegaran a dichos efectores (Levín, 2010).

Como corolario final de estas disputas, en el artículo 10 de dicha ley, se crea el Consejo Asesor en Salud Reproductiva y Procreación Responsable, formado por diferentes organizaciones no gubernamentales y los colegios profesionales pertinentes al área de salud. El cual, deberá asesorar en la diagramación y puesta en marcha de programas relacionados, monitorean sus resultados, y aconsejan al Ministerio de Salud en relación a políticas sobre Salud Sexual y Reproductiva.

Otro de los hechos importantes en nuestra provincia fue la creación de la Ley 12.323, en el año 2004, reglamentada bajo el decreto N° 987/2005, que dio origen al acceso a la anticoncepción quirúrgica, posibilitando el acceso a las mujeres a la ligadura de trompas de Falopio y a la vasectomía de los hombres. Formando parte de esta manera de la ley 11.888.

Ahora bien, si tomamos los datos del segundo informe sobre la salud de la mujer, en nuestra provincia del año 2010, veremos que los nacidos vivos de mujeres menores de 20 años, fue de 9.367 nacimientos, representando el 17,7% de los nacimientos de la provincia. El valor provincial supera en más de dos puntos a la media nacional del 2009, con 15,6%² y se ubica por encima de los países de la región que presentaron los mejores resultados en 2010 (16%).¹³ Al interior de este grupo etéreo cabe diferenciar dos subgrupos: el de las “mujeres niñas”, de 10 a 14 años (0,7% de los nacidos vivos totales) y el de “mujeres adolescentes”, de 15 a 19 años (17% de los nacidos vivos totales).

Además si analizamos la edad de la mujer en si momento de parir en relación con el lugar de ocurrencia durante el año 2010, veremos que de los partos de mujeres de entre 15 a 19 años el total fue de 6.415 en el sector público en relación a los 2.562 realizados en el sector privado.¹⁴ El Total de egresos por aborto en Santa Fe en 2010 fue de 1.699 casos, con un porcentaje de complicaciones de un 11,6%. La diferencia en los porcentajes de complicación entre departamentos es importante: Rosario (17%), San Lorenzo (16%), 9 de Julio (19%), San Jerónimo (25%), San Justo (29%), San Cristóbal (34%). Finalmente un grupo donde los porcentajes superan en más de 4 y hasta 8 veces

¹³ Segundo Informe en Salud Sexual de la Provincia de Santa Fe. 2010

¹⁴ Ídem.

la media: San Javier (50%) y Vera (82%). Y por último se observa que la mayor cantidad de egresos por aborto se produjo entre los 20 y 24 años (27%). Para el grupo de mujeres menores a 20 años (“adolescentes” y “niñas”) el porcentaje de egresos fue del 19,7%, repartándose en 1,7% entre las menores de 14 años, y el 18% en el grupo de 15 a 19 años.

Estos indicadores son muestra que la accesibilidad a los servicios de salud, la proporción de partos atendidos por personal calificado y la proporción de mujeres en edad fértil que usan algún método anticonceptivo han registrado mejoras significativas. Sin embargo en algunas áreas de la provincia aún no se ha logrado la disminución de las muertes maternas o no se ha alcanzado la disminución esperada.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ROSARIO.

La gestión de la Municipalidad de la ciudad de Rosario es llevada adelante desde 1989 por un gobierno de orientación socialista que se extiende hasta nuestros días (Rovere, 2005).

Desde 1989, la gestión municipal priorizo la salud pública en su agenda de gobierno, la cual se profundizo durante el Gobierno de Binner y desde 1995 se optó por un política de descentralización; la cual se venía trabajando a nivel país como se describió anteriormente; la que apuntaba a la jerarquización de la atención primaria, articulación en red de los diferentes niveles de atención e impulso de la participación social en lo referente a la salud pública.

En un estudio llevado a cabo en Rosario con una muestra de 21.452 mujeres atendidas en 5 hospitales públicos de la ciudad (1996-1999), se constató un 70% más de probabilidades de tener un parto pretérmino entre los 10 y 15 años con relación a las mujeres no adolescentes. En tanto este incremento es de un 50% en partos pretérminos en el grupo de 16 a 19 años¹⁵

Fueron algunos de estos indicadores los que posibilitaron la implementación y promoción de una gran cantidad de programas a nivel municipal; un ejemplo de ello fue

¹⁵ Rodríguez, Alicia; Bizio, Silvia. Embarazos en niñas y adolescentes. Evaluación del proceso de atención en los centros de salud del distrito oeste en la ciudad de Rosario. 2013

en 1997 la sanción de la Ordenanza N° 6.244 que creó al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad. Siendo los objetivos principales; alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencias; ofrecer información; propender la educación de la comunidad, desde una perspectiva de género; promover la salud sexual de las edades extremas, informando sobre los riesgos del embarazo fuera de las edades consideradas adecuadas para la reproducción.

Esta ordenanza buscaba unir esfuerzos e involucrar los diferentes niveles de atención. Logrando así que la atención primaria se convirtiera en un área clave ya que son quienes tienen mayor llegada a la comunidad. A nivel hospitalario se pretendía un abordaje interdisciplinario entre las áreas de Trabajo Social, Psicología, y Ginecología, con el objetivo de que puedan difundir aspectos educativos y preventivos.

Debemos destacar a los actores que permitieron e impulsaron el Programa en nuestra ciudad en 1997, aun cuando no se contaba con un marco legislativo provincial ni nacional. Los mismos fueron, la Secretaría de Salud y los diferentes equipos de las áreas y Direcciones, la Asociación Médica de Rosario, junto con UNR y por último y sumamente relevante, las organizaciones de la sociedad civil. En nuestra ciudad las organizaciones que hasta nuestros días trabajan e impulsan los derechos sexuales y reproductivos son: INDESO Mujer, INSGENAR; Grupo Mujercitas; entre otras. Las cuales permiten y permitieron una apertura a la participación ciudadana, y a la construcción de una visión en torno a las problemáticas para poder brindar respuestas satisfactorias a toda la población.

En el año 2006 se modifica la Ordenanza N° 6.244, y se crea la Ordenanza N° 8027/2006 que da lugar al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable el cual entiende los derechos sexuales como derechos humanos. Otras ordenanzas que se decretaron y que ayudaron a fortalecer los derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de Rosario fueron: El Decreto Municipal N° 38652/2012 del Proyecto “Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención del VIH entre jóvenes”; la Ordenanza 8456/2009, que crea “La semana de Prevención del embarazo Adolescente no Planificado”; la Ordenanza N° 7282/2002 “Métodos anticonceptivos. Prescripción.

Provisión gratuita. Anticoncepción de Emergencia”. La Ordenanza N° 6321 Discriminación, Derechos y garantías.

Si bien Rosario fue una ciudad pionera en la temática aún queda un largo camino por recorrer, como por ejemplo, aumentar las actividades relacionadas con las promoción de la salud sexual y reproductiva, las que no tienen la visibilización que se necesita, los gobernantes y profesionales de la salud que aún no están debidamente capacitados en el tema y que son objetores de conciencia lo que hace repudiable que ocupen lugares públicos.¹⁶

¹⁶ CONDERS. Situación actual de la Salud sexual y reproductiva en Rosario. Año 2014.

CAPÍTULO 2

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. LA PUESTA EN MARCHA.

Para el año 2000 la problemática en términos de salud sexual y reproducción llega a su punto culmine; la sexta parte de las mujeres madres tenían entre 10 y 19 años; se produjeron más de 500.000 abortos anuales; un tercio de las muertes maternas fueron causadas por esta práctica clandestina; como consecuencia de los abortos clandestinos, muchas adolescentes perdieron el útero y los ovarios debido a la gravedad del cuadro; dos tercios de los casos de SIDA se contagiaron por relaciones sexuales sin protección¹⁷. Es en este marco que se le exige al Estado que definiera una política pública de alcance nacional y a finales del año por Decreto N° 1246/2000, se amplía la aplicación de la Ley de Cupo incorporando a las mujeres al Senado de la Nación. Este hecho tuvo un impacto significativo en el mapa de la representación femenina a los procesos de toma de decisión, ya que permitió colocar nuevamente a la temática en el centro de la agenda pública. En el año 2001 se logra la media sanción en Cámara de Senadores y un año después en Cámara de Diputados, sancionándose finalmente la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable

La noción de salud sexual y reproductiva de la ley, implica el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o embarazos no deseados, posibilidad de regularizar la fecundidad, derecho a un parto seguro y sin riesgos. Para su concreción, prevé acciones de prevención, promoción, potenciamiento y disminución de riesgos en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Los destinatarios de la ley son todos los sujetos sociales, es decir la población en general. (Levín, 2010).

Con el objetivo de cumplir con los lineamientos de la ley, es que en el año 2003 se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ejecutado por la Dirección Nacional Materno Infantil, y el Área de Salud Reproductiva Materno y Perinatal.

¹⁷ Datos estadísticos provenientes del Ministerio de Salud de la Nación, 2000-2001

El programa busca alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual; garantizar el acceso a la información sobre métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, potenciando la participación femenina en la toma de decisiones.

Es prudente señalar que la estructura que la Ley determina para la implementación de la política, lo hará en relación con los objetivos que persigue y con los resultados que espera. Si bien el Programa establece la necesidad de no limitar la salud reproductiva de la mujer a lo puramente materno- infantil, sino abarcar el cuidado de su sexualidad y salud de forma integral. Sin embargo, como señalamos, el desarrollo del Programa esta en manos del Área Materno Infantil, que supone una integración profesional especializada, con competencias específicas desde las cuales se orientan acciones que transportan ese perfil en la gestión de acuerdo a lo analizado por Levín (2010).

UNA NUEVA FORMA DE TRABAJO EN SALUD.

El sistema de salud se vio impulsado, por la nueva visión legislativa a incorporar un abordaje que incluyera los derechos sexuales y reproductivos. En menos de una década, diversos profesionales de la salud tuvieron que incorporar y transmitir el derecho de las personas a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear (o no), de decidir cuándo tener hijos, con quién y con qué frecuencia.

Con el objetivo de lograr la disminución de las desigualdades que afectan a la salud sexual y reproductiva de la población, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable estableció cuatro estrategias de abordaje; Articulación entre el Programa y las jurisdicciones provinciales; aseguramiento de insumos anticonceptivos; capacitar a los recursos humanos; difusión de los derechos sexuales y reproductivos.

Articulación entre el programa y las provincias:

Argentina siendo un país federal, las provincias pueden optar por adherir a la Ley Nacional o sancionar sus propias leyes en la materia.

Si bien el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable establecía que la articulación entre Nación y provincia contemple las particularidades territoriales sin perder de vista el carácter organizador del Ministerio de Salud de la Nación la falta de monitoreo de la misma fue un gran obstáculo, ya que se produjo de forma dispar. Veinte provincias argentinas ya habían establecido algún tipo de política en relación a la sexualidad y reproducción antes de la sanción de la Ley, quedando solamente Formosa, San Juan y Tucumán sin legislación.

Esta forma de implementación dispar trajo como consecuencia que en las provincias que tienen los mayores índices de mortalidad materna y embarazo adolescente (Chaco, Formosa, Misiones, Catamarca) se produzca una falta de claridad en términos de política pública provincial, además se observan casos en donde los profesionales de la salud se niegan a prestar servicios en forma gratuita y los docentes que tienen limitaciones y un gran desconocimiento en la temática.¹⁸

Aseguramiento de los insumos anticonceptivos:

El Programa Nacional busca orientar sus esfuerzos para garantizar el acceso y a mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para toda la población a través del reparto de anticonceptivos gratuitos.

Por lo cual desde el año 2003 distribuye los MACs (Anticoncepción hormonal oral, inyectable y de lactancia, DIU y preservativos masculinos, entre otros) a través del Plan Remediar que tiene periodicidad bimensual¹⁹. Estos métodos anticonceptivos fueron incluidos en el año 2004 en el Plan Médico Obligatorio, lo que significa que desde entonces obras sociales y prepagas están obligadas a garantizarlos a sus afiliados sin cargo.

¹⁸ CONDERS. Situación de la salud sexual y reproductiva en las provincias del norte argentino, 2013

¹⁹ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012.

Se establece también que la anticoncepción será prescripta y suministrada por demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos. De esta manera, se fue construyendo un cálculo estimado de las demandas de cada método por provincia, quedando determinada la distribución de acuerdo a las cantidades solicitadas por cada jurisdicción. Ahora bien, esta situación trajo aparejada la dependencia de los y las usuarios hacia el sistema médico para todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los preservativos, ya que se condiciona la entrega a la presentación de receta médica y a través del centro de salud. Se puede afirmar que en términos generales, el Plan Remediar privilegia una modalidad de control sobre la provisión de los insumos y desalienta la consulta.²⁰

Los anticonceptivos que se autorizan, son aquellos reversibles, no abortivos y transitorios, y serán otorgados respetando los criterios y convicciones de los destinatarios.

En el año 2006 se sanciona de la Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica²¹, incorporando la ligadura de trompas y la vasectomía, como métodos anticonceptivos permanentes a los que tienen derecho el varón y la mujer, sin restricciones, a partir de la mayoría de edad²².

La ley establece que queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/ la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces. Antes el peligro para la salud frente a la posibilidad de nuevas cesáreas, constituía un criterio médico para una ligadura de trompas. Es importante aclarar que no se requiere intervención judicial, no se precisa que la persona tenga hijos ni autorización de ninguna otra persona (como la pareja).

A pesar de que la anticoncepción quirúrgica se convirtió en un derecho para todos los habitantes de la República Argentina desde el 2006, continúa teniendo grandes problemas de acceso. Se les exige a las mujeres requisitos que la ley prohíbe, como por ejemplo autorizaciones de sus parejas, límites etarios, informes psicológicos y análisis

²⁰ Informe de CONDESA 2010.

²² Ministerio de Salud de la Nación. Guía práctica para profesionales de la salud: Métodos anticonceptivos.; Buenos Aires, 2012.

quirúrgicos que demoran meses o que tengan determinado número de hijos.²³ Es notable el rechazo de los profesionales y de las autoridades a la realización de la práctica a pesar de la creación y publicación de una Guía sobre Ligadura Tubaria del Ministerio de Salud en la cual se brinda toda la información necesaria, y el marco legal²⁴.

En el año 2007 se emite la Resolución N° 232, la cual incorpora al programa la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE). Desde ese año el Ministerio de Salud compra y distribuye la misma. En los hechos, el acceso a este método se encuentra fuertemente obstaculizado, por ejemplo no suele estar disponible las 24 horas y en algunas provincias (Salta, Mendoza y San Luis) hay profesionales que lo consideran abortiva y desalientan la demanda o incluso no la entregan.²⁵

Otra de las barreras para el acceso a la AHE, es el requisito del programa REMEDIAR, que apunta a llevar el control administrativo de la entrega de los métodos, exigen la presentación del Documento Nacional de Identidad para poder retirarlos. Si bien lo que se busca con esto es controlar la provisión nominalizada, y que las provincias rindan cuentas del uso de los insumos, no deja de ser una forma invasiva en la identidad de las usuarias.²⁶

Recursos humanos calificados:

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

²³ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012

²⁴ Ministerio de Salud. Guía de ligadura tubaria. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2009. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guiasy cuadernillos/ligadura_tubaria.pdf.

²⁵ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012

²⁶ Ídem.

Al mismo tiempo se elaboraron y distribuyeron diversas Guías dirigidas a los equipos de salud para democratizar la información, especificaciones sobre las obligaciones profesionales y explicaciones sobre los circuitos administrativos del sistema. Algunas de estas son; Guía para un Acceso Sin Barreras”; “Tu cuerpo, Tu Sexualidad y Tus derechos”; “Atención de los abortos no punibles”; “Anticoncepción quirúrgica, Varones y Mujeres” y “Guía de Anticoncepción Hormonal de Emergencia”.

Con el objetivo de tener un alcance federal, es que uno de los roles del Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y procreación Responsable, buscaba crear un espacio de diálogo y cooperación entre las autoridades del programa, integrantes de las Naciones Unidas, Profesionales, Asociaciones Científicas, el sector educativo y organizaciones no gubernamentales, lo cuales mediante del análisis y debate conjunto pudieran elaborar líneas de acción. A pesar de esta propuesta, los Consejos no pudieron replicarse en las provincias a pesar de que en innumerables ocasiones grupos de mujeres lo han solicitado²⁷. Se advirtió que durante los años 2009 y 2010, las áreas menos implementadas a nivel nacional fueron la difusión del programa y las actividades de capacitación a los efectores.²⁸

Estrategias de comunicación y difusión de los derechos:

Las estrategias y prioridades en formación y comunicación fueron modificándose en los años que sucesivos desde la creación del Programa en el año 2003 hasta el año 2011 inclusive.

Durante los primeros años, se priorizó la actualización profesional, la capacitación en marcos legales y normativos, responsabilidades profesionales de los equipos de salud, enfoque de género y en tecnologías anticonceptivas dirigidas a operadores sanitarios y profesionales de la salud. Se desarrollaron acciones orientadas a acompañar los procesos de construcción de los programas de salud sexual en diferentes provincias.

Para garantizar el pleno ejercicio por parte de toda la población de los derechos sexuales y reproductivos, durante 2010 y 2011 se fortalecieron las acciones de promoción

²⁷ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012

²⁸ CONDEERS, Monitoreo Social y Exigibilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Argentina. Informe Nacional 2010. Disponible online: <http://www.conders.org.ar>.

comunitaria, dirigidas a formar y capacitar promotores y promotoras comunitarios en salud sexual y reproductiva, equipos de salud y otros actores sociales que trabajan con la comunidad. A su vez, se implementó una línea de asesoramiento y denuncia gratuita en todo el país (Línea de Salud Sexual 0800-222-3444), que si bien recibe consultas, su conocimiento y por lo tanto su uso por parte de las usuarias y usuarios es insuficiente. Esta falta de información, se traslada también a los métodos y prácticas que se incorporaron después al programa (Anticoncepción Hormonal de Emergencia y la Ligadura Tubaria)²⁹.

Interrupción legal del embarazo (ILE):

El reconocimiento de la sexualidad y de la reproducción como derechos, no solo como problemáticas sociales, se inscribe en el marco de un proceso de transformación de la ciudadanía de la mujer que transcurre en la Argentina durante la década de los noventa y hasta mitad de los años 2000. A pesar de ello, el acceso de las mismas al derecho por la libertad de su cuerpo, solo es posible en tres casos (Levín, 2010).

El artículo 86 en sus incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación (CPN), establece que en los casos de peligro para la salud de la mujer y no pueda ser evitado por otros medios (artículo 86, inciso 1°); cuando el embarazo sea producto de una violación (artículo 86, inciso 2°) y cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2°). En estos casos se autoriza el aborto eximiendo de culpa a la mujer y al profesional.

Además el Código Penal establece que previo a la práctica, el médico deberá realizar una constatación para fundar su diagnóstico, en los casos de violación el médico tratante solo podrá solicitarla mediante una declaración jurada de la mujer y cuando sea sobre una mujer idiota o demente se hará a través de un representante legal.

Sin embargo, en la práctica los hechos no se plasman de esta forma. Los profesionales de los servicios públicos se niegan a realizar los abortos, ya sea, por temor a ser perseguidos penalmente por delito o por mala praxis debido al desconocimiento de la regulación de la práctica. Muchas de las víctimas de violación aun enfrentan graves

²⁹ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012

dificultades para acceder a la práctica a pesar de que están contempladas dentro del permiso legal, restringiéndose únicamente aquellas mujeres con discapacidad mental.³⁰ Las consecuencias de la obstaculización sistemática del acceso al aborto no punible han llegado a provocar grandes daños físicos y psicológicos a las mujeres, incluso la muerte. Estos problemas de la inaccesibilidad a la Interrupción Legal del Embarazo motivaron que un grupo de ONGs llevara adelante un litigio internacional ante el Comité de los Derechos Humanos de la ONU³¹, sin embargo, el fallo no ha sido acompañado de ningún pronunciamiento público por parte del Ministerio de Salud de la Nación ni tampoco se convocó a una reunión del Consejo Federal de Salud para que se acuerden con todos los gobernadores y ministros provinciales una línea de acción para el real acceso de las mujeres a la práctica.

En el año 2007, el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante el Programa de Mejoramiento de la Atención Post Aborto, cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la repitencia de un embarazo no deseado para lo cual elabora una “Guía de Mejoramiento de la Atención Post Aborto”³² (aprobada por resolución ministerial N° 989/2005), que es actualizada en el 2010. La misma buscaba protocolizar el modelo para su aplicación en los servicios de salud y en las provincias. Estas últimas pueden aplicarla directamente, adherir formalmente o utilizar sus propios protocolos en tanto estén en consonancia con la misma

Algunos de los puntos más interesantes que plantea esta Guía son con respecto al equipo interdisciplinario el cual debe brindar apoyo médico, social y psicológico con el objetivo de profundizar la reflexión sobre causas que motivan el deseo de interrumpir la gestación. También, deben indagar acerca de la metodología que la mujer piensa utilizar para llevar a cabo su decisión, Por último se le deben realizar los estudios necesarios y luego de la práctica brindarle protección anticonceptiva inmediata con el fin de evitar un nuevo embarazo no deseado.

³⁰ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012

³¹ En el año 2012, una joven de 19 años discapacitada mental, víctima de violación, solicitó un aborto no punible que no fue atendido por el Estado. El Comité de DDHH de la ONU condenó a Argentina por violación de los artículos 2,7 y 17 párrafos 3 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El Estado argentino no solo no cumplió con las medidas de reparación que se le exigieron, sino que tampoco adoptó previsiones para que no se repitan esas situaciones. Fallo disponible en el Observatorio de Sentencias Judiciales, Fallo 2229.

³² Ministerio de Salud de la Nación. Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles. Buenos Aires, 2010.

Si bien esta Guía está disponible en la página del Ministerio de Salud de la Nación, la falta de resolución que la refrende y la falta de voluntad política para su difusión e implementación hace que su aplicación sea irregular. Vamos a encontrar que jurisdicciones como la CABA, Rosario³³ y la Provincia de Buenos Aires, Neuquén, Santa Fe³⁴ y Chubut dictaron resoluciones ministeriales pero aun varias provincias no tomaron ninguna medida (Salta, Mendoza, La Pampa) y tenemos el caso de Salta que además agrego dispositivos procesales que obstaculizan y demoran el acceso de las mujeres a la práctica.³⁵

Objetores de conciencia:

Otros de los temas controversiales que desato la Ley, fue el de la Objeción de Conciencia, se trata de una facultad que tienen los profesionales de abstenerse de intervenir en una práctica que contradiga sus creencias o sus convicciones morales íntimas.

El derecho a la objeción de conciencia está reconocido en la ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y en su reglamentación establece que debe poseer carácter individual, es decir que una institución sanitaria, no puede alegar la objeción de conciencia como tal. El derecho debe ser garantizado, a través de otro profesional o derivando el caso a otra institución.

También señala que debe crearse un registro de objetores local, aunque esta decisión corresponde a cada jurisdicción provincial y no al Estado Nacional.³⁶

Por último no afectar a terceros, es decir, un/a profesional no puede atender una usuaria, avanzar en la consulta o en estudios médicos para luego alegar objeción de conciencia.

Sin embargo, la reiteración de casos de objeción de conciencia que derivan a la justicia, ha producido una excesiva judicialización de los hechos. Se hicieron preocupantes, en los últimos años, por parte de los profesionales de la salud, las justificaciones que

³³ Ordenanza 8186/ 2007.

³⁴ Resolución 887/09.

³⁵ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012

³⁶ En la prov. De Santa Fe la Resolución provincial 0843/2010, crea el Registro provincial de objetores de conciencia en todo el sistema sanitario de la provincia de Santa Fe. El cual se puede consultar en la página del Gobierno de la provincia.

brindaban o en algunos casos exigían determinados requisitos que las leyes no determinan.³⁷

Educación Sexual:

La educación en sexualidad y reproducción es otro de los objetivos previstos en la ley. En consecuencia, en el año 2006, se sanciona la Ley Nacional N° 26.150 que establece a todos los educando a recibir educaciones sexuales integrales en los establecimientos educativos públicos, de gestión privada o estatal pertenecientes a todas las jurisdicciones del país. Y agrega que las acciones educativas se deberán llevar a cabo durante todo el ciclo lectivo para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral adaptando el mismo a su realidad sociocultural en el marco del respeto a su ideario institucional y las convecciones de sus miembros. (Ley N° 26.150 artículos 1° y 5°).

Recién en Agosto del 2008 se firmó la Declaración Ministerial para “Prevenir con Educación” y el Programa comenzó a funcionar. Hasta el año 2011, siete provincias sancionaron leyes de educación sexual en todas ellas la aplicación fue desigual, algunas provincias desarrollaron un programa curricular para todos los grados, otras lo hicieron para la educación a nivel secundario. Además de los avances, las capacitaciones a los docentes continúan siendo insuficientes. La cifra total de docentes en Argentina capacitados hasta el año 2010 fue de 4,5% del total³⁸No debemos dejar de señalar el enfoque de alguno de los materiales a nivel local, lo cuales fueron más restrictivos que los de nivel nacional. Un ejemplo es la Provincia de Salta, que elaboro el material junto con las organizaciones conservadoras, incluyendo contenidos inexactos e incorrectos.

Modelo de atención: Las consejerías

Si bien el modelo de atención en salud tradicional –centrado en el pensamiento clínico, los controles, la segmentación tanto en la atención como en el abordaje de los pacientes,

³⁷ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012

³⁸ Ídem.

enfocado más en las necesidades que en los derechos y con hegemonía de unas profesiones sobre otras— ha logrado grandes avances mejorando los indicadores de salud en el siglo pasado, se muestra insuficiente para enfrentar los retos de la atención de la salud sexual y la salud reproductiva en la actualidad.³⁹

Por lo cual los equipos de salud se encuentran ante la necesidad de instrumentar formas de atención transformadoras, que aproximen a las personas usuarias al cumplimiento de sus derechos.

En este contexto, complejo y novedoso el reto es contribuir en la construcción de modelos de atención que contemplen e incluyan subjetividades diversas⁴⁰, que promuevan la confianza en lugar de la crítica, que no se opongan sino que se integren en el trabajo de acompañar la construcción de autonomía de las personas, para su cuidado en relación con esferas tan íntimas de la vida como es la sexualidad y reproducción.

Es en este marco que en el 2010, El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) elaboró un documento de trabajo sobre una propuesta de diseño, organización e implementación de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, como una estrategia central de promoción y prevención de la Salud Sexual y Reproductiva con perspectiva de derechos y género.⁴¹

Esta propuesta se trata de un proceso de acción educativa dentro de un amplio proyecto de promoción de la salud (OPSIOMS; 2000) que se enmarca en los derechos sexuales y reproductivos vigentes en la Argentina⁴².

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a través de la propuesta busca reforzar los dispositivos con los que cuenta la Atención Primaria de la Salud, contribuyendo a fomentar la participación social y comunitaria mediante una estrategia de promoción y mejoramiento de los estándares de acceso a la salud⁴³. Mediante el acceso gratuito, adecuado y a tiempo, a elecciones autónomas por parte de las usuarias y usuarios.

³⁹Ministerio de Salud. Documento de trabajo: Consejerías en salud sexual y salud reproductiva; 2014.

⁴⁰ Souza Campos G. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

⁴¹ Idem. Pagina 8.

⁴² Ley nacional 26.13 “Anticoncepción quirúrgica”; Ley 26.485 “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales”; Ley 26.150 “Educación Sexual Integral (ESI)”; Ley 25.808 y Ley 25.273 “Derecho de las adolescentes embarazadas y adolescentes que son mamás o papás a continuar estudiando”; Ley 26.061 “Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, entre otras.

⁴³ Ministerio de Salud de la Nación. Documento de trabajo: Consejerías en salud sexual y salud reproductiva; 2010

Para el cumplimiento de sus fines, desde el Programa se establecieron cuatro líneas de acción relacionadas entre sí. Una de ellas es la consejería a través de los consultorios o centros de consejería, son espacios donde se brinda información y atención personalizada, con horarios estipulados y a cargo de personas formadas. Puede brindarse en Centros de Salud, hospitales, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y de la sociedad civil.⁴⁴

Otra de sus líneas es la oportunidad en la asistencia, es decir, tomando como base la consulta por otros temas se busca realizar una consejería en salud sexual. Instalar la estrategia de “consejo oportuno” para incluir la Consejería Integral en Salud Sexual como parte del proceso de atención a la mujer en edad reproductiva.

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

Las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva son un dispositivo en donde se busca que el abordaje sea; multidisciplinario es decir, que estén constituidas por un equipo de trabajo interdisciplinario (psicología, psicología social, trabajo social, sociología, antropología, derecho, educación, etc.) con el fin de tener un acceso integral a la problemática, desde las distintas miradas y en forma coordinada⁴⁵. Se busca que sea integral, ya que la mirada no se centra en una parte del cuerpo ("el aparato reproductor") sino en la totalidad de la persona (su historia de vida, sus necesidades, sus creencias). Y multifactorial porque la intervención debe atender a los diversos factores que influyen en esa usuaria/o (situación económica, socio-cultural, educativa, de vínculos familiares y comunitarios y realidad concreta por la que está atravesando).

⁴⁴ Municipalidad de Rosario. Ordenanza 9319 “Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva (CISSyR). Creación.” 2014.

Esta propuesta fue tomada y reformulada de la experiencia Uruguaya. Si bien la formación a los equipos de salud para su real implementación fue satisfactoria, únicamente se llevaron a la práctica en aquellas instituciones donde hubo profesionales interesados en aplicarlas; esto fue lo que sucedió en el caso del Hospital Eva Perón en Baigorria⁴⁶. Lo cual recorta el alcance de una política que debería implementarse en todo el territorio nacional.⁴⁷

Con el objetivo de hacer extensivo los avances en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos a todos los sectores de la sociedad, es que la Municipalidad de Rosario, en concordancia con la Ordenanza 8027 del año 2006 “Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable”, la cual establece como objetivo “*alcanzar para la población el nivel más alto de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia. Brindando información acerca del derecho a gozar de una vida sexual satisfactoria y segura*” es que dicta la ordenanza 9310 “Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva (CISSyR). Creación” adhiriendo de esta forma a la propuesta Nacional. La autoridad de aplicación de las mismas en el ámbito de la ciudad, es el Instituto Municipal de la Mujer en articulación con la Secretaria de Promoción Social y la Secretaria de Salud⁴⁸.

La importancia social del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el valor del compromiso político que asumió el Estado en el campo de la salud pública es innegable, siendo los resultados del impacto del Programa sobre la población son la evidencia concreta (Levín, 2010). La mortalidad materna por aborto en el año 2002 era de un 31% para el año 2003 esa cifra se redujo en un 27%. Los embarazos adolescentes entre 2002 y 2003 descendieron del 14,6% al 13,6%. La cobertura Nacional del programa supero las 1.550.000 de personas.

El consenso político democrático logra grandes beneficios a favor de salud sexual y reproductiva, no obstante la lucha y reclamos del movimiento feminista sigue su curso, un ejemplo de ello es el reclamo por el aborto legal⁴⁹. Desde hace veinte años el aborto

⁴⁶ Ver en Capitulo 3.

⁴⁷ Informe del Consejo de Derechos Sexuales y Reproductivos de la República Argentina. 2012

⁴⁸ Ordenanza 9319.

⁴⁹ Los abortos practicados de manera insegura causaron el 20,5% de las muertes maternas según el boletín informativo del Ministerio de Salud del 2010.

inseguro es la principal causa de muerte directo en mortalidad materna siendo un cuarto de estas muertes mujeres de escasos recursos y muy jóvenes⁵⁰.

⁵⁰ Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: www.decis.gov.ar

CAPÍTULO 3

EL HOSPITAL EVA PERÓN: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

La sexualidad y la reproducción, en tanto manifestaciones de la cuestión social (Castel, 1997) abordadas desde un contexto institucional como es el hospitalario, enfrenta a los profesionales al reto de ofrecer calidad y eficiencia en la atención para garantizar los derechos a un usuario que aumenta en número y complejidad cada día, lo cual los obliga a repensar sus estrategias de intervención.

El área de Trabajo Social dentro del hospital está compuesta por cinco profesionales, divididos en dos equipos. El equipo de adultos que cuenta con tres trabajadoras sociales abocadas a las áreas de traumatología, terapia intensiva útil, clínica médica, internación domiciliaria, consultorios externos, cirugía y guardia.

Y el segundo equipo formado por dos profesionales es el equipo de niñez. En donde vamos a encontrar, el área de maternidad y pediatría, en las cuales interviene una sola trabajadora social, las principales situaciones que aborda son: suministros de métodos anticonceptivos, trámites de DNI y partidas de nacimiento para los recién nacidos, como así también diferentes prestaciones dinerarias que le correspondan (Asignación Universal, hijo con discapacidad, etc) y en aquellas situaciones en donde la mujer no encuentre un método adecuado para ella o que sus hijo/s hayan nacido con alguna discapacidad se la deriva a la consejería. La demanda de intervención en estas áreas proviene de los profesionales médicos, obstetras y pediatras que allí trabajan. La segunda Trabajadora Social del equipo de niñez, está abocada a las áreas de residencia de madres, neonatología, y consejería.⁵¹

Las personas atendidas a través de la cobertura pública de salud, por lo equipos de adultos y niñez, revisten características similares enmarcadas en situaciones de vulnerabilidad social.

La mayor parte de las personas con las cuales se interviene perciben ingresos económicos insuficientes, tienen trabajos informales o están desocupadas, poseen una débil o nula red familiar y social. Además las mismas no solo residen en Baigorria sino

⁵¹ Ver en entrevista a Analía. Licenciada en Trabajo Social; fecha de realización: 10/05/2016.

que llegan de todo el cordón industrial hasta de otras provincias tales como Chaco, Entre Ríos, y Buenos Aires⁵².

INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL:

Siguiendo a Cazzaniga (2011) entendemos a la intervención profesional como una puesta en acto de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social, en el marco de una especificidad profesional. En donde el análisis se refleja como un proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica- ideológica que sostenemos y de cómo esa visión se materializa en esa acción con sentido. La autora, asimismo entiende que la intervención no es un episodio natural sino una construcción artificial de un espacio- tiempo, de un momento que se construye desde la perspectiva de diferentes actores (Cazzaniga, 2011).

En este sentido, es importante tener en cuenta lo que Carballeda (2005) denomina *escenarios de intervención*. Los escenarios son ese espacio cuya conformación trasciende límites predeterminados y generan diversas situaciones de diálogo entre territorio y contexto, es el espacio microsocial donde se construye y desarrolla la intervención. En el cual vamos a encontrar diversos elementos que se expresan en él, como son las palabras, las representaciones sociales (conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos comparten en relación con ellos mismos y con el mundo que los rodea) las presentaciones institucionales, etc. Todos estos elementos escénicos del escenario de la intervención se vinculan con las políticas sociales relacionadas con el tema desde el cual se está demandando (Carballeda, 2005).

Particularmente debemos tener en cuenta como otro de los elementos a analizar, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva es que la misma sitúa a los profesionales frente a personas en su gran mayoría sanas (libre de dolencia o afecciones físicas) que se encuentran en la necesidad de tomar decisiones sobre un aspecto que involucra varias esferas de su vida: lo vincular, la sexualidad, la construcción de relaciones de género, de relaciones familiares y generacionales, las rutinas cotidianas, entre otras.

⁵² Ver en entrevista a Analía. Licenciada en Trabajo Social; fecha de realización: 10/05/2016.

CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL HOSPITAL:

Durante las entrevistas, la trabajadora social que interviene en el espacio nos comentó del *trabajo de desciframiento*, en palabras de Bourdieu (1992) que realizó el Trabajo Social conjuntamente con profesionales de la medicina como un proceso de vinculación de la demanda a un servicio o derecho que dio lugar a la consejería.

Es a partir del “desciframiento” que los profesionales develan la demanda de los derechohabientes y le reclamaron al hospital la instalación del dispositivo de la consejería.

...”Surgió primeramente para atender las situaciones de aborto no punible, era una problemática difícil de abordar de manera individual, tenía que ser interdisciplinaria y empieza a impulsarse por esa inquietud pero ampliando a todas las demandas que llegan, sobre los temas de salud sexual y reproductiva no solo interrupción del embarazo. La misma empieza a impulsarse desde el 2013, pero se instala como consultorio, hace dos años (2014). El espacio surge, primero por la demanda y luego se creó el espacio”... (Laura, TS del espacio).

Hay que destacar, el rol de los profesionales de Trabajo Social en la creación de este espacio:

...”La actual oficina se consiguió por una necesidad de los profesionales de trabajo social que éramos 5 en un espacio muy reducido, entonces se llegó al acuerdo que nos facilitarían una habitación más, contigua, que se comunican y para ambas cosas (TS y consejería) nos concedieron este espacio”...

... “Desde hace dos años, la consejería está funcionando tres días: martes, atención de lo que son las demandas en torno a la diversidad. Y los miércoles y viernes, atendemos las demás situaciones desde, anticoncepción, interrupción de embarazo, planificación de embarazo”... (Laura).

De esta forma la intervención dentro de las consejerías se presenta como un instrumento de transformación no solo de las circunstancias donde concretamente actúa, sino también como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas que surgen de distinta forma comprensiva- explicativa, no solo de los problemas sociales, sino de las instituciones en sí mismas. En palabras de Michel Foucault (1968)

hablamos de una trama de relaciones que se pueden establecer entre componentes diversos. De este modo la intervención da cuenta de una importante capacidad para articular y generar diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales.

EQUIPO PROFESIONAL DENTRO DE LA CONSEJERIA:

En relación al trabajo con otras disciplinas en el campo de la salud sexual y reproductiva al interior de la consejería, puede señalarse que el mismo es multidisciplinario, es decir, se observa que frente a una misma situación existen diferentes campos profesionales que iluminan una parte de la misma. Cabe señalar que el equipo que actualmente trabaja en la consejería está compuesto por una médica tocoginecóloga, una licenciada en trabajo social y una médica psiquiatra⁵³

Cuando intervenimos sobre problemas sociales no intervenimos solo sobre problemas sociales, intervenimos sobre el padecimiento que los mismos generan y esto implica un dialogo necesario entre las distintas disciplinas que intervienen. Se trata de articular conocimientos de los que se dispone en una u otra disciplina sobre diferentes dimensiones de la misma problemática. En cierto sentido, implica moverse desde una disciplina particular con su objeto y sus métodos propios a campos conceptuales diferentes para favorecer una articulación de prácticas sociales que den respuesta a las múltiples dimensiones de los problemas que se presenten (Montaño Carlos, 2000).

La intervención del equipo profesional en dicho espacio, está dada tanto por las instancias formales de intercambio y construcción como así también “*cada uno desde su mirada para lograr una visión compartida*”⁵⁴. Se producen interconsultas según la necesidad de cada situación; cuando el caso requiera un abordaje específicamente médico, será la toco-ginecóloga quien seguirá más de cerca la situación, cuando se visualice un trastorno psíquico y/o emocional será la psiquiatra quien realiza la interconsulta con la persona. Y cuando el caso requiera de un involucramiento mayor por parte de Trabajo Social debido a la complejidad en términos económicos, sociales y vinculares, será este profesional quien se entreviste las veces necesario con el sujeto.

⁵³ Ver en entrevista a Laura. Licenciada en Trabajo Social; fecha de realización: 23/05/2016..

⁵⁴ Ídem

De todas formas sacando cualquier situación particular que se pueda presentar y requiera la mirada específica de un profesional, el trabajo es interdisciplinario ya que en conjunto evalúan y diseñan las diferentes estrategias de intervención para cada caso.⁵⁵

En última instancia, una profesión existe en tanto pueda aportar elementos para la satisfacción de determinadas demandas, para la solución de ciertas problemáticas; y solo podría mantenerse dentro de la división socio técnica del trabajo en tanto pueda captar e interpretar situaciones y fenómenos emergentes, estudiarlos e investigarlos, valiéndose de todos los conocimientos y campos del saber que le sean necesarios, y elaborando propuestas de intervención que contribuyan para su solución (Montaño Carlos, 2000).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA CONSEJERIA:

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

Las estrategias de intervención del trabajo social dentro de las consejerías se van construyendo en función de las diferentes situaciones de vulnerabilidad que atraviesan a los sujetos y buscan producir mejoras en la calidad de vida de los mismos.

La intervención en el espacio observado se da tanto a partir del debate y construcción conjunta del equipo, tomando contacto con algún miembro de la familia, allegado o referente territorial, como así también asesorando a la persona en relación a la demanda particular que presente, y en última instancia también se le puede pedir que realice algún ejercicio para que su decisión sea consciente y autónoma a partir de la información suministrada.⁵⁶

Asimismo el accionar particular del trabajo social, se desarrolla partiendo de la situación e indagación de la historia de la mujer con los que articula los recursos con los que cuenta, recursos materiales y profesionales del hospital (acceso a estudios,

⁵⁵ Ver en entrevista a Laura. Licenciada en Trabajo Social; fecha de realización: 23/05/2016.

⁵⁶ Ídem.

provisión de medicamentos, etc) y relación con otros actores, ya sean profesionales e institucionales pertinentes. Además debemos tener en cuenta el intercambio con otros profesionales, principalmente colegas tanto del propio hospital como territoriales que constituyen el equipo de referencia profesional.

Por otro lado, si decimos que la intervención se construye en la relación social concreta del sujeto y las expectativas que posee; tenemos que decir que la misma existe en tanto haya una demanda hacia ella, por lo cual la demanda es el acto fundador de la intervención (Cazzaniga, 2010).

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

Dentro del espacio la demanda se inicia generalmente de forma referenciada tanto por parte de profesionales o instituciones. En muchos casos también surge por algún conocido o familiar que hayan concurrido al espacio anteriormente y hasta por la propia guardia del hospital.⁵⁷

La intervención implica una dirección que se genera en esta demanda haciendo que se desencadene una serie de expectativas y consecuencias ligadas a la construcción simbólica y a la representación de quien está interviniendo (Carballeda, 2005). La consulta se puede efectuar por diferentes temas: métodos anticonceptivos, sexualidad, embarazo, situación de pre- post aborto, abuso o violencia.

La mayoría de las situaciones que llegan al dispositivo y que son abordadas por el equipo profesional responden a casos de interrupción del embarazo, anticoncepción y aquellas situaciones que son derivadas por otros profesionales dentro del hospital, en donde la mujer haya vivido alguna experiencia traumática en relación al parto (muerte o pérdida del embrión).

Es fundamental indagar en el entramado de la demanda, ya que será la que nos permita construir una intervención con líneas de acción que abarquen aspectos que surgen de

⁵⁷ Ver en entrevista a Laura. Licenciada en Trabajo Social; fecha de realización: 23/05/2016.

esta construcción. La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias en ese otro en el cual se interviene, por lo cual es preciso realizar una articulación combinada entre mediaciones de trayectorias y estrategias de acción de diferentes actores que se entrecruzan en una conjunción de saberes y poderes. (Faleiros, 2003).

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

Una intervención estratégica consiste fundamentalmente en la toma de iniciativas de acuerdo con la dinámica de las fuerzas y los actores presentantes y en relación (Faleiros, 2003).

Las diferentes estrategias de intervención que llevan a cabo van a depender de la coyuntura particular y de la situación concreta, no es una aplicación lineal sino un proceso constante de trabajo. Las estrategias de intervención deben reforzar las alianzas con los usuarios, establecer niveles y ritmos de intervención, recursos y oportunidades de usarlos, inclusión de los diferentes sectores institucionales, sociales y familiares.

LÍMITES Y POSIBILIDADES EN LA INTERVENCION, EN LA CONSEJERIA:

Si decimos que en la intervención profesional entran en juego, las alianzas con los usuarios, los niveles y ritmos de intervención, recursos y oportunidades de usarlos, inclusión de los diferentes sectores institucionales, sociales y familiares, podemos dilucidar que la misma no será un proceso lineal, sino que tendrá avances y retrocesos (Cazzaniga, 2010)

En relación a los límites y obstáculos que se pueden visualizar en la consejería y que desafían al equipo a la hora de diseñar las estrategias de intervención, es posible recuperar algunas cuestiones comunes a la mayoría de las situaciones y problemas descritos hasta aquí, que remiten a un conjunto de condiciones que configuran un cuadro de vulnerabilidad asociado a la posibilidad de ejercicio efectivo de derechos y de desarrollo de proyectos de vida.

Cabe señalar también como otros de los principales desafíos, la visibilidad y desconocimiento del espacio. Hablamos de un desconocimiento en relación a los derechohabientes, que no conocen el espacio por lo tanto no se acercan. Pero también quizás aún es más preocupante el desconocimiento de la estrategia de la consejería por parte de los equipos de salud, los cuales desconocen la forma de intervención y abordaje de las situaciones, lo que lleva a que se formulen un pensamiento ético- político e ideológico muchas veces erróneo. Lo que a su vez deriva en que sean los propios profesionales un gran obstáculo en la intervención.

En relación a esto, se desprende otro de los límites que cuenta el espacio actualmente y que deberá romper para permanecer en el tiempo, es que el tema del “personalismo”. Tanto en mis observaciones como en las entrevistas, era muy evidente el personalismo del espacio, siendo las profesionales que intervienen en él las referentes del mismo.

Para tratar de buscar una posible solución a esta barrera es que el equipo decidió “abrir” la consejería incorporando primeramente a los residentes de medicina, pensando en un futuro llegar a otras profesiones.

En función de las posibilidades y oportunidades que permiten viabilizar la intervención profesional con miras a generar el fortalecimiento de la ciudadanía (Faleiros, 2003) podemos destacar como base el apoyo y facilidades de las instituciones, el cual sin ocasionar inconvenientes brindó y dispuso de un espacio para la consejería, como así también los recursos materiales que se necesitaron para la misma. Otro de los grandes facilitadores que fue primordial en el surgimiento del dispositivo fueron las profesionales que impulsaron a partir de la demanda de los sujetos, el establecimiento del lugar, y son quienes actualmente intervienen en él coordinando y elaborando diferentes estrategias y formas de abordaje desde la participación activa y buscando la promoción del espacio⁵⁸. En relación a los avances a nivel social, las profesionales perciben la difusión de la temática en las diversas instituciones tanto como por los medios de comunicación.

Las desigualdades de relación de clases en el sistema productivo están articuladas a las desigualdades de género, raza, orientación sexual, etnias, edad, etc, es posible considerar un proceso de resignificación de esas relaciones en lo particular y en lo general, en una dinámica de fortalecimiento de la identidad, teniendo en cuenta que las

⁵⁸ Ver en entrevista a Laura. Licenciada en Trabajo Social; fecha de realización: 23/05/2016.

representaciones de uno mismo están mediadas por las relaciones sociales y culturales que son vividas contradictoriamente, vinculadas con las disputas y la dominación racial, de género y cultura, de visiones del mundo, de valores, en las que se enfrentan preconceptos discriminaciones y desvalorizaciones. Fortalecimiento de la autonomía; es la capacidad de reproducirse en la complejidad de la historicidad y de la cotidianidad de las mediaciones entre poder, recursos propios, y de representarse críticamente. Tomar una decisión autónoma, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, implica el ejercicio de los derechos por parte de las personas, que debería poder ser acompañada a partir del respeto por las preferencias, y opciones, tomando en cuenta sus condiciones de vida. Para llegar a poder hablar de construcción de ciudadanía, la que se refleja en el ejercicio de los derechos civiles, políticos, sociales, ambientales, éticos, que fueron construidos históricamente. La ciudadanía se fortalece en las relaciones entre el Estado y la sociedad, con mediación de las políticas sociales como campo de intervención para la accesibilidad, apoyo y acompañamiento de los usuarios.

En todo el proceso de indagación y entrevistas a los profesionales, no tuve duda, que desde el Trabajo Social y particularmente lo observe en la consejería, se trabaja y se busca intervenir desde esta mirada.

...” Nosotros como equipo, damos alternativas, ponemos preguntas pero para que la mujer pueda tomar una decisión firme, en todos los temas, tratamos de interpelar cada situación. Siempre lo decide la mujer, las veces que se decide que no es por una cuestión física de imposibilidad pero sino lo decide la mujer...”
(Laura).

El proceso de intervención profesional que busca el desarrollo de la autonomía, ciudadanía e identidad no se moldea con pasos preestablecidos, exige una profunda capacidad teórica para establecer los presupuestos de las acciones, capacidad analítica para entender y explicar las particularidades de las coyunturas y situaciones, capacidad para proponer alternativas con la participación de los sujetos en la trama en que se correlacionan las fuerzas sociales y en que se sitúa incluso el profesional (Faleiros, 2003).

El desafío planteado es el de trabajar en una perspectiva crítica en ese contexto que produce la desigualdad como fundamento. Esos límites estructurales del trabajo social son propios de todas las profesiones, hacen parte de las condiciones objetivas más

generales de la producción del mismo sistema. Al trabajo social crítico cabe el desafío de producir una ruptura con las clasificaciones para llegar a una relación de articulación de los fondos públicos con la dinámica de poder y las condiciones concretas conflictivas que vive la población (Faleiros, 2010).

Ante esto, el lugar de los profesionales es el de articular, la estrategia de las consejerías con lo que la Faleiros denomina la “consideración de la estructura social a la historia” de los sujetos, porque si abstraemos al ser humano de la historia significa volverlo sin historia, en un mundo sin historia, resulta imposible ser el mismo relatado y referenciado. Lo que debemos buscar, sigue diciendo Faleiros, es poner en práctica las historias para que lleguen a ser otras historias por la acción de los hombres en las condiciones dadas a ellos.

CONCLUSIONES

La tesina ha buscado contribuir al análisis y reflexión de la Salud Sexual y Reproductiva en el marco del hospital Eva Perón, desde la intervención del Trabajo Social. A la vez que ha intentado aportar al conocimiento y elucidación de las estrategias de intervención en las consejerías.

Las conclusiones que se expondrán a continuación no son acabadas ni únicas. Se basan en la experiencia vivida a través de la observación participante y de las entrevistas y su posterior interpretación.

Se presentan las reflexiones finales, a modo de aportes sugeridos del análisis realizado para seguir pensando y repensando las estrategias de intervención profesional desde el Trabajo Social en la sexualidad y reproducción.

La importancia social del reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos y el compromiso político que asumió el Estado en el campo de la salud pública es innegable, teniendo como espejo los resultados del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable sobre la población, como evidencia concreta en ese sentido. La mortalidad materna se redujo, pasando de 31% a 27%, los embarazos adolescentes disminuyeron en un 5%, desde el primer año del programa. Sin lugar a dudas estas cifras son reflejo del proceso de transformación de la ciudadanía de la mujer a partir de la inscripción de la sexualidad y reproducción en la esfera pública.

El movimiento feminista, ha sido sin duda el principal motor del este proceso de cambio, como así también algunas disciplinas de las ciencias sociales. No solo por la resistencia y firmeza que los caracteriza sino también por el pensamiento que lo anima. Una de las disciplinas que sin duda ha luchado por el reconocimiento y efectivización de los Derechos Sexuales y Reproductivos es sin lugar a dudas el Trabajo Social.

A pesar de estos logros, aún nos queda un largo camino por recorrer en lo que respecta al ejercicio y la real puesta en práctica de la sexualidad y reproducción. En la Argentina el 16% de los nacimientos proviene de madres adolescentes de entre 15 y 19 años (en algunas provincias equivale al 25%) y más de 3.000 son de niñas de 10 a 13 años; el 69% de esas mujeres adolescentes no planearon ese embarazo y 6 de cada 10 mujeres que queda embarazada durante su escolarización, la abandona.

Estos datos nos indican que si bien nuestro país cuenta con un marco legal de avanzada, con una canasta de anticonceptivos amplia y gratuita, presenta dificultades en el acceso directo de las usuaria/os. Esto se traduce en que si bien las políticas se basan en el principio de “igualdad” buscando traducirse en igualdad de oportunidades y de acceso, en la realidad no se tienen en cuenta las diferencias existentes en la posición económica, social y cultural del país.

Las causas de este no acceso, se debe a una serie de inequidades, barreras basadas en prejuicios, falta de conocimientos y concepciones distorsionadas; posiciones conservadoras en algunos gobiernos provinciales, requisitos impuestos arbitrariamente por los equipos de salud que la ley no estipula, obstáculos en la gestión de la obtención de recursos (horarios inadecuados, no disponibilidad de profesionales capacitados para realizar determinadas prácticas, entre otros), acceso reducido a la información pública que dé cuenta del accionar del Programa de salud sexual. Por último se evidencia también la escasez de espacios de consejerías en salud sexual y reproductiva en los hospitales y centros de salud en todo el territorio nacional, como estrategia en donde se oriente a las mujeres respondiendo sobre dudas e inquietudes y se trabaje desde una perspectiva integral. Estas son las principales trabas sociales impuestas por el propio sistema, a cualquier posibilidad de participación social.

Los problemas sociales abordados en el presente trabajo se encuentran interrelacionados y atravesados por diversas dimensiones que los configuran: dimensiones sociales, económicas, históricas, culturales, vinculares, entre otras. Partimos de concebir a la salud como un derecho y desde una perspectiva con abordaje integral.

La interpretación de las entrevistas y observación participante en el espacio de la Consejería, me permiten afirmar que las problemáticas en cuestión demandan estrategias de intervención que muchas veces superan los recursos y servicios que se ofrecen desde el hospital. Debido a la complejidad de las problemáticas abordadas, se hace necesaria la articulación interinstitucional, a fin de brindar una respuesta lo más adecuada, integral y completa en torno a las mismas. Por lo cual, pienso que el armado de redes institucionales permitiría una intervención social integral.

Uno de los aspectos positivos a destacar en torno a la temática, es el trabajo interdisciplinario que permite la construcción de estrategias de intervención con miras a un abordaje integral. Asimismo la estrecha relación y el trabajo cotidiano entre el

equipo de profesionales de trabajo social del hospital, favorece e enriquece la intervención. No obstante hay que reconocer también el compromiso de las autoridades de la institución a la hora de facilitar los medios y recursos para favorecer la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, en el escenario actual en el que se desarrolla nuestra intervención en lo social, escenario cambiante sumamente complejo, es posible identificar ciertas limitaciones, obstáculos a la hora de intervenir, que interpelan nuestra práctica cotidiana. Podemos mencionar a modo de síntesis, la complejización de los problemas sociales, la falta de presupuesto de los programas, la falta de recursos, el escaso tiempo de intervención para algunas situaciones, el desfasaje de los tiempos institucionales para mejorar la situación de las personas, el no reconocimiento de la situación problemática por parte del sujeto, la ausencia de acompañamiento familiar y/o social para trabajar la situación en cuestión, entre otras.

A modo de aporte, se propone promover el tejido de redes institucionales desde Trabajo social del Hospital Eva Perón, efectuando un relevamiento de las diversas instituciones próximas al área programática del hospital y también establecer un contacto directo y personalizado con referentes de dichas instituciones; si bien es mucho lo que se ha trabajado en este sentido; definitivamente considero que facilitaría y mejoraría la articulación para el abordaje de diversas situaciones problemáticas.

Finalmente cabe señalar que el desarrollo de estrategias de intervención interinstitucionales conlleva un arduo trabajo para los profesionales de articulación, derivación, intercambio de información, socialización, reflexión conjunta, entre otras cuestiones que puede dar resultados negativos o positivos. A esto sumado que intervenir en el abordaje de situaciones sociales complejas en torno a la salud sexual y reproductiva puede generar a los profesionales sentimiento de frustración y desgaste profesional, producto de la propia intervención cotidiana y obstáculos que ella presenta, y es también esté un desafío constante para cada profesional y que pueda seguir aportando en pos de mejorar la calidad de vida de las personas.

Para concluir no puedo dejar de resaltar que si bien, los Derechos se acrecentaron en gran parte de los países de América Latina, por ende en Argentina, gracias a la incorporación a sus normas de los Sistemas Internacionales de Derechos Humanos, aún vemos que las mujeres latinoamericanas padecen todo tipo de injusticias en lo que

respecta a sus Derechos Sexuales y Reproductivos, esta situación “indigna” al movimiento feminista y a algunos sectores de la población pero parece que aún no logra “indignar” a toda la sociedad mientras esta situación siga ocurriendo, el Trabajo Social tendrá un gran camino por recorrer en la temática.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V & Pautassi, L. (2004). *El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales*. En: Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina. Santiago de Chile: CELS.
- Andenacci, L. & Repetto, F. (2005). *Ciudadanía y Capacidad Estatal: Dilemas presentes en la reconstrucción de la política social argentina*. En: Andenacci (comp.). Problemas de Política Social en la Argentina Contemporánea. Buenos Aires: PROMETEO.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992). *Una invitación a la sociología reflexiva* (pág. 133; 146). Londres: Universidad de Chicago.
- Carballeda, A.,(2008). Los escenarios de la intervención. Una mirada metodológica. En *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de exclusión y el desencanto* (pp. 75;94 - 91;111). Buenos Aires: PAIDOS.
- Carballeda, A., (s.f.). *La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: Los escenarios actuales del Trabajo Social* (pp 1-18).
- Cassany, D., (2012). *La cocina de la escritura* (1° en Argentina ed.). Barcelona: ANAGRAMA.
- Cazzaniga, S. (2001). Trabajo Social e interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud. En S. Cazzaniga, *Hilos y nudos* (pág. 103;137). Buenos Aires: Espacio.
- Cazzaniga, S. (s.f.). El abordaje desde la singularidad. En S. Cazzaniga, *Hilos y nudos*. Buenos Aires: ESPACIO.
- Consejo Nacional de Políticas Sociales. *Consejo Nacional de Mujeres*. CABA, Argentina. Recuperado de <http://www.cnm.gov.ar/>.
- Consejo Nacional de los Derechos Sexuales y Reproductivos.(2014). *Informe para la Comunicación Conjunta para examen periódico Universal*.
- Consortio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales. *CONDERS*. CABA, Argentina. Recuperado de: <http://conders.feim.org.ar/>.
- Chiarotti, S; Garcia , M.; Aucía, A., & Arminchiardi, S. (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires: INSGENAR.
- Chiarotti, S; Schuster, G; Arminchiardi, S. (2008). *Con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre la atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario.

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

Foucault, M. (1968). *Representar y Clasificar* (Cap. III y V). En: Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Gobierno de Santa Fe. Recuperado el Mayo de 2016, de <https://www.santafe.gov.ar/>.

Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de Asistente Social*. El control de la vida cotidiana. Buenos Aires: HVMANITAS.

Karz, S. (2007). ¿Es posible, es necesario definir el trabajo social?. En: *Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica*. (pp. 121- 209). Barcelona: GEDISA. S.A.

Klein, L. (2013). *Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto*. (1° ed.). Buenos Aires: BOOKET.

Levín, S. (2010). *Derechos al revés. ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* CABA: ESPACIO.

Levín, S. & Carbonero, M.A. (2014) *Injusticias de género en un mundo globalizado*. Conversaciones con la teoría de Nancy Fraser. Rosario, Santa Fe: HomoSapiens Ediciones.

Ley N° 11.179. (1921). Código Penal de la República Argentina. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=16546>. Información Legislativa

Ley 24.632. (1996). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer. Convención Belen Do Pará*. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/36208/norma.htm>. Información Legislativa

Ley N° 25.085. (1999). *Delitos contra la integridad sexual*. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/57556/norma.htm>. Información Legislativa

Ley N° 25.673. (2002). *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>. Información Legislativa

Ley N° 26.061. (2005). *Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>. Información Legislativa

- Ley N° 26.130 .(2006). *Intervención de contracepción quirúrgica*. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>. Información Legislativa.
- Matus,T. (s.f.). El trabajo del concepto. Una urgencia de política del Trabajo Social. (pp. 41- 63). BuenosAires: PAST JORNADAS.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Documento de trabajo: Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización y implementación*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*. . Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Guía práctica para profesionales de la salud: Métodos Anticonceptivos*. Buenos Aires., Argentina.
- Ministerio de salud. Presidencia de la Nación. Recuperado el Julio de 2016, de <http://www.msal.gob.ar/>.
- Morán Faúndes, J., & s.r, C. (2012). *Sexualidades, desigualdades y reflexionaes en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. (1° ed.). Cordoba: CIENCIA, DERECHO Y SOCIEDAD.
- Municipalidad de Rosario. (2007). *Jornadas de Capacitación de Equipos de Salud en Derechos Sexuales y Reproductivos*. Rosario: EDITORA UNR.
- Petracci, M., & Pecheny, M. (2007). *Argentina. Derechos humanos y sexualidad*. (1° ed.). Buenos Aires: CEDES.
- Petracci, M., & Ramos, S. (2006). *La politica Pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia* . (1° ed.). Buenos Aires: CEDES.
- Rozas Pegaza, M. (2014). *Reinscribir la relación de la intervención profesional en Trabajo Social, la cuestión social y las políticas sociales*. Descargado el 22 de junio de 2016, de <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/3462>.
- Rozas Pegaza, M. (s.f.). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social* (pp. 25:85 - 220:263). Buenos Aires: ESPACIO.

ANEXO

ENTREVISTA A LAURA.

Entrevista a Laura (L), Licenciada en Trabajo Social. Edad 32 años. Antigüedad en el hospital: cinco años. Área donde trabaja; Residencia de madres, consejería.

A cargo de Victoria (V), estudiante de Trabajo Social. Realizada el Lunes 23 de Mayo del 2016 en la sala del área de Trabajo Social del Hospital Eva Perón

Inicio: 09:16 hs; Culminación: 10:43. Duración total en minutos: 90 minutos.

V: ¿Cuál fue el origen de las consejerías en el hospital? ¿Me podrías contar brevemente sobre el recorrido que se tuvo que realizar para el surgimiento de las mismas?

L: Surgió primeramente para atender las situaciones de aborto no punible, era una problemática difícil de abordar de manera individual, tenía que ser disciplinaria y empieza a impulsarse por esa inquietud, pero ampliando a todas las demandas que llegan, son todos los temas de salud sexual y reproductiva no solo interrupción del embarazo. Fue en el 2013 que comienza a darse la necesidad del espacio pero instalado como consultorio, fue hace dos años (2014). El recorrido que se tuvo que realizar para llegar al espacio, empieza con la demanda, es decir con la necesidad del lugar y luego se creó el espacio.

V: ¿Cómo está conformado el equipo que trabaja en las consejerías? Las distintas profesiones están designadas de esa forma por algún criterio en particular? ¿Cuál?

L: El equipo de trabajo está conformado por una médica tocoginecóloga y trabajo social y ante cada situación íbamos llamando según la necesidad al profesional relacionado con la salud mental, recién el año pasado (2015) se incorporó una profesional psiquiatra al equipo. A medida que fue creciendo la demanda se hizo necesario tener un lugar fijo, un horario y un lugar destinado por la privacidad, donde la gente sepa dónde encontrarnos, y fue impulsado también desde el Ministerio de Salud de la Provincia, la gestión del hospital, también apoyó.

La actual oficina se consiguió por una necesidad de los profesionales del trabajo social que éramos 5 en un espacio muy reducido, entonces se llegó al acuerdo que nos

facilitaran una habitación más contigua que se comunican y para ambas cosas (TS y consejería) nos concedieron este espacio.

V: ¿Cuáles son los días y horarios en que funciona el espacio?

L: La consejería está funcionando tres días; los martes, atención de lo que son las demandas en torno a la diversidad, es decir, lo que se refiere a cirugías de reafirmación de género, y luego se vio la necesidad del abordaje integral de algunas situaciones, esto es incipiente, recién este año lo pusimos en funcionamiento.

Después los miércoles y viernes, trabajamos las demás situaciones desde; anticoncepción, interrupción de embarazo y planificación de embarazo.

V: Por lo que estuve averiguando sobre las consejerías, lo que me llamo la atención es que primero no hay gran cantidad de las mismas en los Centros de Salud u hospitales y que tampoco son conocidas. ¿Además de este espacio, cual otro conoces o sabes que existe?

L: Mira, se están impulsando en los centros de salud pero de forma gradual. La consejería de Baigorria forma parte del colegiado en salud sexual y reproductiva que surgió casi paralelamente a la instalación de las consejerías, consisten en encuentros periódicos entre hospital y APS para todo lo que sea salud sexual y reproductiva, funciona sobre trabajo de las políticas; gestión de recursos, viabilización, agilización de circuitos institucionales; son espacios de encuentro para generar mayor articulación entre el primer y segundo nivel. Especifico de lo que es salud sexual y reproductiva.

Entonces como estrategia con un equipo determinado, con un lugar físico, funciona en los hospitales, lo que hace APS trabajan sobre algunos casos, a medida en que los profesionales pueden y tienen tiempo de hacerlo, sin espacio físico.

V: ¿Cuáles son las situaciones, demandas, que se presentan en el espacio con mayor frecuencia?

L: En mayor frecuencia nos llegan situaciones referidas a interrupción del embarazo, anticoncepción, captamos aquellas situaciones donde tuvieron alguna experiencia

traumática en función al parto para trabajarlas (perdidas de bebés, muertes) como espacio de estudio en relación a la salud y también contención del momento que vivieron. También las mujeres que llegan a la residencia de madres, en donde son los casos más graves en relación a nacimientos prematuros, los cuales muchos tienen que ver por alguna afección de la mamá, entonces desde la consejería se trata no solo el problema de salud de la mujer sino también poder acompañarla luego ya que en ciertas situaciones tienen alguna problemática relacionada con lo social.

V: ¿Me podrías puntualizar algunas de las características que poseen las personas que se acercan al espacio? En términos de sexo, edad, situación social, lugar de residencia, cantidad de hijos, estado civil, etc.

L: Variado. Mujeres y varones que se acercan por interrupción del embarazo, o a veces puede ser por anticoncepción pero muy poco, generalmente son papás de la neo que los captamos.

Edades variadas, también en cuanto a lo educativo, trabajo, lugar de residencia desde Baigorria, zona norte de Rosario y todo el cordón industrial, pero con la temática de interrupción del embarazo nos llegan desde muchos lados, quizás porque no logran acceder a algún equipo amigable.

En los casos en que la persona viva lejos del hospital, lo que hacemos es la primera consulta y luego tratamos de conectar con algún equipo que esté más cerca del lugar de residencia de la persona, siempre en la medida de lo posible, y que no se vulneren los derechos de ella, que no se dilaten los tiempos, pero la idea es que la persona pueda acceder cerca de su hogar.

V: Sé que me lo nombraste antes cuando me comentabas como surgieron las consejerías, pero ¿Me podrías volver a detallar como está conformado el equipo que trabaja en las consejerías? Y el ¿Porque de la elección de esas profesiones?

L: Si no hay problemas. Está una Trabajadora social (en este caso soy yo la única), la tocoginecóloga, y la psiquiatra. Los tipos de profesionales surgen debido a que son la médica y la TS quienes impulsan en dispositivo y después la psiquiatra se sumó tanto

por interés de ella como necesidad. En cuanto al abogado, lo convocamos muy pocas veces pero es el abogado del hospital, no forma parte del equipo.

V: ¿Cómo es el trabajo del equipo en el espacio?

L: Vamos evaluando la situación, en un primer momento estamos las tres, luego en función de las necesidades se quedan dos, o una, el tema es que estamos incorporando a los residentes de medicina entonces le preguntamos si quieren que seamos menos, etc. Pero siempre evaluamos las situaciones entre las tres.

Se tiene una primer entrevista; en lo que es interrupción de embarazo dejamos un tiempo para que la persona lo medite, reflexione; primero porque hay que realizar laboratorio, análisis y llevan un par de días y además para que la persona se toma los días y lo piense bien. Se le brinda información y se da un par de días, que están dentro de los diez que dice el protocolo, la idea es que cada decisión sea informada, no un momento de desesperación, sino que piense firmemente que es lo que desea. Nosotros como equipo la acompañamos en el proceso.

V: En los casos de interrupción de embarazo, ¿Me contarías un poco mas sobre la forma de trabajo de estas situaciones puntuales?

L: La mayoría está dentro del primer trimestre, o las doce semanas y a veces hay situaciones mas avanzadas. Cuando se dan estos casos, empezamos con internación porque son de mayor riesgo (están de mas semanas), pero le pasamos medicación, si es necesario se hace cirugía pero no en todos los casos.

V: ¿Cuál es el rol o papel que juegan cada uno de los profesionales del equipo para abordar las situaciones?

L: Cada uno desde su profesión, en realidad todas evaluamos lo mismos, cada una desde su mirada, hay una cuestión específica, es la medica la que firma el consentimiento porque le da legalidad, tanto para la práctica, como para la receta del medicamento. Pero en relación a la evaluación de la situación, redacción de la historia

clínica, preguntas, etc. lo hacemos entre todas, a veces cuando surgen cuestiones desde lo subjetivo entonces es la psiquiatra quien tiene mayor contacto, incluso se cita al mujer sola, pero en algunos casos, a veces cuando hay cuestiones de lo social, cuando hay que acompañar en procesos de denuncia; que son los menos; o hacer un contacto con el equipo territorial, es trabajo social quien está presente, pero sino en el abordaje entre todos, esto es en cuestión al consultorio.

En lo que es los colegiados, acompañamos a equipos de otras localidades, donde no están aceitados en estas situaciones entonces los acompañamos en estas situaciones, cuando se les presentan, a través del intercambio de experiencias para que después el equipo lo pueda llevar adelante solo, y ese acompañamiento lo hacen todos, según la disponibilidad de cada una ya que cada una cumplimos con otras tareas además de las consejerías.

V: Entonces, ¿Podemos hablar de un trabajo interdisciplinario? ¿Porque?

L: Se puede hablar de un trabajo interdisciplinario; sin lugar a dudas; ya que entre las tres evaluamos las situaciones, incluso cuando termina el día o comienza tenemos momentos de evaluación de lo que venimos haciendo. Porque entre nosotras también surgen diferencias, tanto de criterios, de escucha, concepciones y las debatimos, eso esta súper aceitado, cada una expone su punto de vista sin problemas.

V: ¿Cuáles son los elementos que se analizan y se ponen en juego a la hora de intervenir?

L: No los decidimos nosotros los decide la mujer, nosotros damos alternativas, le ponemos preguntas pero para que la mujer pueda tomar una decisión firme, en todos los temas, tratamos de interpelar, depende de cada situación. Siempre lo decide la mujer, las veces que se decide que no es por una cuestión física de imposibilidad pero sino lo decide la mujer, cuando la vemos dubitativa vamos viendo formas de trabajarlo, quizás de entrevistarla sola si viene acompañada.

V: ¿Cómo se origina la intervención? Es decir, ¿Desde dónde se genera la demanda?

L: Generalmente referenciada, o por otros profesionales, instituciones o algún referido que haya pasado por el lugar. El lugar no es conocido por lo cual casi siempre alguien le cuenta del mismo. O por ejemplo mujeres que llegan a la guardia pidiendo una determinada demanda, familiares, centro de salud, socorristas (ONG que hacen acompañamientos a mujeres que desean interrumpir el embarazo, que sea legal ya que muchas mujeres no saben del espacio).

V: Desde tu experiencia como parte del equipo, ¿Crees que existen obstáculos a la hora de intervenir? ¿Cuáles?

L: En parte el desconocimiento del lugar, en parte el posicionamiento ideológico, político, ético, de los equipos de trabajo. No únicamente de la salud. Se viene trabajando, si hay personas que no quieran participar, que sepan que puedan abstenerse pero que no obstaculicen. La resistencia viene de los equipos del hospital, depende del caso. Este año hubo algunos cambios desde el programa sobre todo en la provisión de métodos anticonceptivos (no contamos con el implante subdérmico). Otro de los obstáculos que se nos presentan a nosotros particularmente es que la consejería está muy personalizada actualmente, somos nosotras las referentes del espacio, queremos la institucionalización del espacio trascienda a las personas, empezamos con la incorporación de los residentes, ir abriendo desde cada profesión para que se puedan ir sumando.

V: Ahora en términos de facilitadores, ¿Podrías reconocer alguno?

L: El apoyo del hospital, la gestión del hospital que nos brindó el lugar sin mayores inconvenientes, cuando nos necesitamos movilizar a algún lugar siempre nos presentaron movilidad. La predisposición de las personas que participan, mas alla de la atención, sino tambien por la formación, pensar diferentes estrategias, formas de abordaje, de gestión del espacio, de promoción del espacio.

V: Para abordar los casos, ¿Lo hacen siguiendo alguna estrategia particular? ¿Cuáles?

L: Pensamos en estrategias de intervención, cuando nos tomamos el tiempo para debatir entre nosotras el mejor camino, asesorar a la persona, dependiendo de la situación se piensa la estrategia; brindar mas información, llamar a una segunda entrevista, convocar a algún miembro de la familia, pedirle algún tipo de ejercicio a la persona para que pueda tomar la decisión, contacto con el territorio. Por ejemplo cuando empezamos a recibir muchas demandas de diversos lugares, pensamos una estrategia para cambiar esta situación, con el fin de que se puede atender en su localidad, para que ni nosotros estemos desbordados, ni la persona se tenga que trasladar y tenga la posibilidad de atenderse en su lugar de residencia. La estrategia es acompañar a los equipos para que arranquen, siempre mantenido contacto porque siempre te van a interpelar desde lo subjetivo.

V: ¿Que elementos tienen en cuenta a la hora de construir las mismas?

L: Principalmente la historia que trae la mujer, los recursos con que cuenta, recursos territoriales, posibilidades en relación a las instituciones de lugar, profesionales, materiales, acceso a los estudios, provisión de medicación, promoción, y a nivel colegiado, los mismos ya que dependen del momento

ENTREVISTA ANALÍA.

Entrevista a Analía (A), Licenciada en Trabajo Social y subjefa del área de Trabajo Social. Edad 43 años. Antigüedad en el hospital: veinte años. Área donde trabaja; Cirugía /Guardia /Consultorio externo.

A cargo de Victoria (V), estudiante de Trabajo Social. Realizada el Martes 10 de Mayo del 2016 en la sala del área de Trabajo Social del Hospital Eva Perón

Inicio: 08:35 hs; Culminación: 09:43. Duración total en minutos: 70 minutos.

V: ¿Cuáles son las principales afecciones que llega la gente?

A: Principalmente, accidentes de tránsito, adicciones (drogas y alcohol), intento de suicidio. Muchas personas en situación de calle, diabetes, oncológicos, psiquiátricos

V: En cuanto a las características de la población que atiende el hospital en términos generales. ¿Me las podría describir? En relación al sexo, clase social, lugar de residencia, etc.

A: Las personas que llegan al hospital vienen de todos lados, desde otras provincias (chaco, entre ríos, buenos aires) hasta el cordón industrial

V: ¿Desde cuándo es un hospital escuela? ¿ Como se trabaja en este sentido?

A: Antes pertenecía a la UNR, después hubo un cambio que se le paso a la provincia. Vienen los residentes, medicatos. Únicamente medicina.

V: ¿Cómo está compuesto y dividido en servicio de Trabajo social en el hospital?

A: Podemos encontrar cinco trabajadoras sociales, todas ellas son mujeres, las edades de las mismas van de los 35 hasta los 63 años. Y estamos divididas en dos grupos; el grupo de adultos; con traumatología, terapia intensiva útil, clínica médica, internación

domiciliaria, consultoría externo, cirugía, guardia. En estos lugares estamos tres profesionales.

Después en el área que comprende; maternidad, pediatría, residencia de madres, neonatología y consejería, están las otras dos trabajadoras sociales.

V: ¿De qué índole son las demandas que llegan al servicio de trabajo social?

A: Nos llegan demandas de diversas índole; desde; vivienda, dinero (que no tienen que ver con la salud específicamente).

V: ¿Cuáles son las principales problemáticas que llegan al servicio de Trabajo social con respecto a la salud sexual y salud reproductiva?

A: Yo no trabajo en la temática en si, ya que como te contaba al principio, estoy abocada a los sectores de cirugía, guardia, que no se aborda esa temática puntual. La referente es TS 1 (se omitió en nombre verdadero).

V: Aunque no trabajes cotidianamente en la temática. ¿Podes visualizar un avance, o retroceso con respecto a la sexualidad y reproducción? ¿Me podrías comentar en que aspectos?

A: Si, por supuesto. Veo un avance muy grande en la temática más que nada en relación a la difusión, desde los medios de comunicación hasta las propias instituciones.

En relación a las dificultades, creo que aun el tema de la educación en sí es uno de los grandes obstáculos, ya que no hay una educación en la temática que sea transversal en todas las instituciones (Escuelas, Centros de salud, Municipio, etc.)

V: ¿Me podrías comentar brevemente sobre el trabajo en la consejería? Si formas parte del espacio; que situaciones son las que vos trabajas, etc.

A: Hace unos pocos meses que me incorpore a la consejería, y estoy participando del espacio en diversidad sexual. El equipo está formado por, trabajo social, el médico

cirujano que opera, un psicólogo, un médico hormonizador y en casos puntuales se incorpora a una psiquiatra. La consejería para diversidad funciona los días martes, desde las nueve de la mañana.

V: ¿Desde dónde surge la demanda, es decir, como llegan las personas al espacio?

A: Los pacientes se enteran por fuera del hospital que acá tenemos un médico que opera, cuando vienen a sacar turno hacen dos cosas, sacan turno con el médico que opera o sacan turno para la consejería, pero siempre antes de la operación los pacientes pasan por la consejería. El acercamiento viene siempre directamente del paciente que se enteró por fuera del hospital y saca el turno.

V: ¿Me podrías comentar tu intervención profesional desde el momento en que la persona se acerca al espacio? ¿Cómo es la forma de abordaje de las mismas?

A: Cuando el paciente llega a la consejería, lo ve todo el equipo, lo conocemos. Ya que también es importante el acompañamiento pos- cirugía para nos conozca previamente. Se lo suele citar dos o tres veces para explicarle diversas cuestiones referidas más que nada a la cirugía en sí. En uno de estos encuentros se le pide que acuda con algún familiar (siempre que lo haya). Si bien la ley, no requiere el consentimiento de nadie ni la evaluación de nadie para realizarte una cirugía de reasignación de sexo, únicamente con la voluntad del paciente mayor de edad la misma se debe llevar a cabo.

V: ¿Cómo es el trabajo del equipo en el espacio? ¿Qué rol juega cada uno de los profesionales?

A: Indagamos acerca de su historia personal en cuanto a lo que tuvo que pasar hasta llegar al hospital. Específicamente trabajo social aporta su mirada en la relación del paciente con su familia, aunque cuando llegan al espacio ya tienen casi todo “resuelto” lo de haber hablado con su familia, amigos, entorno. En la mayoría de los casos también vienen hormonizados, ya con una presencia de mujer en los casos de las chicas trans por ejemplo.

Si bien en las entrevistas siempre estamos todo el equipo, si se presenta algún indicio en donde es recomendable que alguno de los profesionales hable a solas con el paciente se hace, ya sea psicólogo o trabajador social. Cuando se produce alguna situación particular, nos juntamos el quipo coordinamos un día de la semana para ver como seguir trabajando esa situación puntual.

**V: En términos de salud sexual y reproductiva ¿Cómo se trabaja en este aspecto?
¿Cuáles son las situaciones que se le presentan en este sentido?**

A: Por lo general los pacientes que se acercan a la consejería para realizarse un cambio de sexo, las cuestiones referidas a lo sexual y reproductivo las tiene muy claras, hasta mas claras que algunos de nosotros (ríe).

Es decir en lo que se refiera al HIV, saben que medidas tienen que tomar. Muchos ya padecen la enfermedad, pero hasta ahora todos los que llegan a la consejería todos la tienen controlada.

V: Desde que esta el espacio. ¿Cuántas personas en promedio atendieron?

A: Que difícil decirte un número exacto!. Me tendría que fijar... pero en promedio en lo que va del año habremos atendido unas 24 personas.

V: ¿Me podrías describir algunas de las características de las personas que llegan al espacio?

A: Son personas trans (hombres que desean ser mujeres), al revés (mujer que quiera ser hombre) solo tenemos un caso. Las edades son súper variadas, desde 21, pero la mayoría de 40 para arriba hasta 60. En cuanto a su lugar de residencia son del cordón industrial, ya que en Rosario tienen al CEMAR, que también realizan reasignación de sexo.

ENTREVISTA CECILIA.

Entrevista a Cecilia (C), Licenciada en Trabajo Social. Edad 41 años. Antigüedad en el hospital: veinte años. Área donde trabaja; Sala de pediatría y maternidad.

A cargo de Victoria (V), estudiante de Trabajo Social. Realizada el Martes 10 de Mayo del 2016 en la sala del área de Trabajo Social del Hospital Eva Perón

Inicio: 10:15 hs; Culminación: 10:55. Duración total en minutos: 40 minutos.

OBSERVACIONES: No quiso que se la grabe, se la notaba un poco nerviosa por la entrevista y sus respuestas fueron muy breves aportando muy poca información. Tampoco se le pudo realizar todas las preguntas, ya que le parecieron demasiadas.

V: ¿Me podrías comentar sobre tu trabajo cotidiano para empezar?

C: Trabajo tanto en la sala de maternidad, como en la de pediatría con las madres de los bebes.

V: ¿Cómo se origina esta demanda? Es decir ¿Cómo comienza tu intervención dentro de las salas?

C: La demanda de la intervención proviene de la derivación que la realizan las tocoginecologa, y las médicas obstetras (en la sala de maternidad) y las peditras (en la sala de pediatría).

V: ¿Cuáles son las principales situaciones con las que trabajas en las salas respecto a la salud sexual y salud reproductiva?

C: Generalmente las problemáticas que mas se pueden ver son; mujeres sin apoyo familiar; que no saben cómo cuidarse; mujeres con HIV (y que no estén en tratamiento). Además también lo que hago cotidianamente es la realización de DNI y partidas de nacimiento a los bebes.

Pero principalmente las situaciones mas problemáticas, desde mi punto de vista son en la maternidad, y puntualmente con las madres que les hace falta conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Entonces en estos casos, lo que hago es proporcionarle la información, En los casos que la mujer elija un determinado método se lo facilitó y en los casos en que la mujer a pesar de la información que se le brindó no sabe aún cual es mas conveniente para ella se la deriva a la consejería. _ También derivó a la consejería los casos en que los bebes tengan una discapacidad.

V: ¿En estos espacios que nombraba al comienzo, la maternidad como la sala de pediatría, trabaja sola, o en equipo?

C: Cotidianamente no trabajo con ningún equipo, únicamente se da esta situación en los casos en que las mujeres madres tengan alguna patología relacionada con la salud mental, depresión o angustia, entonces hago partícipe a la psiquiatra del hospital para intervenir de forma conjunta.

V: Desde tu experiencia como profesional, ¿Crees que existen obstáculos a la hora de intervenir en problemáticas de salud sexual y salud reproductiva? ¿Cuáles?

C: La falta de recursos de otras instituciones y la falta de información y conocimiento que carece la población con respecto a los derechos sexuales y reproductivos son el principal obstáculo que encuentro en materia de derechos sexuales.

V: Ahora en términos de facilitadores. ¿Podrías reconocer alguno?

C: Pienso que los recursos con que cuenta el hospital, tanto a nivel de recursos materiales; gran variedad de métodos anticonceptivos; los recursos humanos también; son los adecuados ya que brindan una buena atención a las mujeres.

V: Ahora bien, con respecto al trabajo conjunto con otras instituciones. ¿Cómo se lleva a cabo? Si es que se hace por supuesto

C: En los casos en que la mujer no resida en las cercanías del hospital o que le sea dificultoso acercarse es que se articula con el centro de salud mas cercano para que le realicen el seguimiento. Hablando de aquellos casos en que la mujer tenga alguna patología o el bebe o cuando se encuentre en condiciones vulnerables.

V: ¿Participas en la consejería? ¿Me podrías comentar brevemente sobre el trabajo dentro de la misma?

C: Tuve una participación dentro de la consejería, cuando comenzaba a funcionar la misma, trabajaba junto a TS 1, que esta actualmente en el espacio. Luego por cuestiones personales no pude abordar las situaciones complejas que se presentaban, puntalmente las que se refieren a interrupción del embarazo. Yo no estoy de acuerdo en el aborto sino es por violación, discapacidad o riesgo de muerte.