

Visualizando las desigualdades de género a través del Dispositivo de Salud Sexual Integral

Contreras Mercedes
Di Giamberardino Daniela
Rode Josefina¹

Resumen:

El presente trabajo intenta reflexionar sobre las desigualdades de género que permite visualizar el dispositivo de Asesorías Integrales y Salud Sexual, implementadas por la Residencia de Trabajo Social en el Hospital Interzonal de Agudos "Gral. San Martín" de la ciudad de La Plata.

Palabras clave:

ASESORÍAS – GÉNERO - SALUD SEXUAL - TRABAJO SOCIAL - DESIGUALDAD

Abstract:

This paper attempts to reflect on gender inequalities that displays the device Comprehensive Sexual Health Advisories and, implemented by the Residence of Social Work at the Hospital "Gral. San Martín" in La Plata city.

Keywords:

ADVISORIES – GENDER - SEXUAL HEALTH - SOCIAL WORK - INEQUALITY.

Introducción

El objetivo del presente trabajo es compartir las reflexiones que surgen de nuestra intervención en el marco del Proyecto de Salud Sexual Integral, que desarrolla la Residencia de Trabajo Social, en el Hospital General San Martín de la Ciudad de la Plata.

El mencionado Hospital, es un efector del tercer nivel de atención en salud, caracterizado por recibir población de diferentes puntos del país e incluso países limítrofes, con demandas, por lo general, de alta complejidad médica. Esta población, se caracteriza por una trayectoria de vida marcada por la vulneración de sus derechos sociales, económicos y políticos, lo que demanda de lxs profesionales una intervención ética, orientada por la permanente búsqueda de acceso y ejercicio de los mismos.

En ese sentido, la Residencia de Trabajo Social ha legitimado su inserción profesional en la institución, por medio de la consolidación de un Proyecto de Intervención que integra el trabajo en diferentes áreas y servicios del hospital (obstetricia, neonatología, dermatología, infectología), así como por fuera de él, en la articulación con Centros de Salud, Instituciones Educativas, Centros comunitarios, etc. Este proyecto, iniciado en el año 1997 ha sufrido diversas modificaciones tanto por las evaluaciones realizadas por las profesionales, como por la incidencia de las herramientas legales sancionadas en los últimos años y los cambios en la coyuntura del país.

Actualmente, el objetivo general que lo direcciona es: Realizar abordajes de prevención y promoción de la salud sexual integral con perspectiva de género y

¹ Institución: Hospital Interzonal General de Agudos "Gral. San Martín" de la ciudad de La Plata.

diversidad sexual, con el fin de fortalecer la toma de decisiones autónomas y el ejercicio de los derechos sexuales.

En ese marco, hay tres espacios establecidos en el Proyecto de Intervención que nos llaman a la permanente reflexión y problematización de nuestro trabajo: las Asesorías en Salud Sexual Integral Personalizadas (en consultorios externos y en sala de internación de obstetricia), Asesorías en Salud Sexual Grupales (Sala de Internación de Obstetricia y Curso de parto) y Asesorías en Salud Sexual Comunitarias y Capacitación a Equipos

En el presente trabajo se intentará dar cuenta de las principales demandas, problemáticas y desafíos que presentan esos espacios a nuestra profesión, en términos de pensar la situación de la mujer en la estructural desigualdad de género que imprime el capitalismo actual.

Marco teórico referencial

Entendemos necesario puntualizar algunas cuestiones sobre las categorías y la perspectiva que orienta nuestro trabajo con el fin de aportar a la problematización de los datos y desafíos que nos imponen cotidianamente las Asesorías en Salud Sexual Integral.

Existe mucha bibliografía y producción académica sobre la cuestión de género y los derechos sexuales, por lo que sólo puntualizaremos algunos ejes que orientan el análisis de la intervención profesional.

En clave interventiva, es esencial situar nuestro posicionamiento desde la perspectiva transversal de género y diversidad sexual, que implica, para el ámbito de la salud el trabajo desde la comprensión de los lugares históricos construidos para mujeres y hombres como condicionantes del acceso al derecho a la salud en sentido amplio. Hablar de lugares construidos nos da la posibilidad de pensar el trabajo en clave de modificar esa construcción. Históricamente se fueron configurando la feminidad y masculinidad hegemónicas, estableciendo diferentes modos de transitar la vida para hombres y mujeres, lo cual también se trasluce en distintas formas de acceso y ejercicio del derecho a la salud.

Desde esa construcción, la sexualidad femenina ha sido objeto de innumerables intromisiones, como plantea Silvia Levín; “el orden patriarcal conservador se ocupó, como lo hace desde milenios inspirado en designios divinos, de enquistar y vigilar el sexo en la oscuridad más íntima de lo prohibido y recluirlo como prisionero de la procreación” (Levin, 2010: 327). Designios divinos, preceptos morales, paradigmas científicos, distintos los fundamentos y mecanismos, pero todos fueron configurando diferentes dispositivos de control del cuerpo y de la salud de hombres y mujeres, quedando siempre estas últimas en posición de desventaja.

Una de las principales consecuencias de estas intervenciones ha sido ubicar a la reproducción femenina como función social de la mujer, totalizando y extendiendo el mito “mujer-madre” (Fernandez, 1993: 165) a todos los ámbitos en que se desarrolla su vida. Tanto el cuerpo de las mujeres como su sexualidad, han sido despolitizados y recludos al ámbito de lo privado justificando todo tipos de intervenciones. De manera contraria, pensar los derechos sexuales y realizar intervenciones en función de ellos, implica ubicarlos en la esfera del ámbito público.

Merecido destaque, merecen aquí las luchas feministas que han ubicado, en un contexto internacional de lucha por los Derechos Humanos, a los derechos sexuales y

reproductivos como aquella capacidad de “ejercer la sexualidad y la maternidad con libertad, sin riesgos para la salud y sin discriminaciones”. (Brown, 2007: 176)

A pesar de esta libertad proclamada, los organismos internacionales, y por consiguiente el Estado Nacional, continúan optando por restringir la sexualidad de las mujeres a la reproducción segura como su objetivo y desestima, aspectos ligados a sexualidades no hegemónicas y al deseo de no ser madre, que implicaría, también, poner en debate la legalización del aborto.

En ese sentido, tomamos la definición de Brown, quien sostiene:

De allí, mi preferencia por la noción “Derechos sexuales y (no) reproductivos”. En efecto, uso el paréntesis (no) puesto que el uso de la denominación reproductivos alude a la histórica imagen de las mujeres como madres, reproductoras, y los derechos reproductivos como demanda de cara al Estado sostenida por las feministas y las mujeres en movimiento se supone que alude no sólo al derecho a una maternidad elegida, sin riesgos, etc., sino también a decidir no reproducir, no ser madre. (Brown, 2007: 183)

Como el derecho a no reproducirse aún no se encuentra consagrado en su totalidad, sostenemos que aquella “libertad para decidir” encuentra serias limitaciones en la actualidad. Sin embargo, no es para desestimar el impacto que supone la inclusión en la agenda pública y las políticas sociales, la idea de salud reproductiva, como “derechos bisagras” entre lo público y lo privado, para la vida de las mujeres. Dice, la misma autora “Aun cuando el derecho quede restringido al ámbito de la salud, y el énfasis esté puesto en la reproducción, son derechos relativos a las mujeres que comienzan a perfilarse tímidamente como sujetas dignas de ser titulares de derechos ciudadanos”. (Brown, 2007:186)

Esta titularidad implica, consecuentemente, el respeto del principio de exigibilidad de los derechos,

Reivindicando la posibilidad de disponer de instrumentos, mecanismos y procedimientos de protección de derechos reconocidos en tratados internacionales, constituciones y leyes, de modo que, ante cualquier violación o amenaza de violación de los mismos, la ciudadanía pueda reclamar que el Estado garantice su cumplimiento efectivo de acuerdo con los compromisos asumidos. (Conders, 2008:15)

Desde esa perspectiva, la posibilidad de deconstrucción de roles asignados / asumidos se torna fundamental para construir la titularidad y la noción de exigibilidad de los derechos, siendo este uno de los objetivos principales con los que se implementan las Asesorías mencionadas anteriormente.

Conceptualmente, puede decirse que éstas implican un espacio de encuentro donde, entre profesionales y usuarios se construye una relación de confianza para el trabajo con los Derechos sexuales, desde una lógica educativa y asistencial, desde la promoción de la salud. Según el Ministerio de Salud de la Nación, las acciones de asesoría integral en salud sexual se guían por cuatro principios: autonomía personal, equidad, diversidad y salud integral. (Ministerio de Salud, 2010)

Es central no perder de vista estos principios, que junto a los derechos sexuales y reproductivos, son el marco desde el cual construir el dispositivo, dado que a “lo educativo” en términos de promoción de la salud se le pueden atribuir significados y prácticas muy diferentes. Y, en el caso de la salud sexual y reproductiva, cada decisión pone en juego aspectos religiosos, socioculturales, simbólicos, emocionales y afectivos singulares para cada persona. (Ministerio de Salud; 2010: 2)

En el marco del proyecto de intervención, este dispositivo (en sus dimensiones personalizada, grupal y comunitaria) es definido como un espacio que

Promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, donde se incorporan estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud. (Proyecto de Intervención en Salud Sexual Integral, 2013: 18)

De lo anterior se desprende que las asesorías, como estrategia de prevención y promoción de la salud, apuntan a modificar las estructuras de poder que sostienen y generan inequidades de género.

En ese sentido, situamos los aportes de la asesoría, pensando en la conceptualización realizada sobre Derechos (no) reproductivos, considerando sus tres aspectos: 1) la seguridad en la reproducción, y los eventos relacionados con ella; 2) anticoncepción y aborto, los aspectos de la opción no reproductiva; 3) el libre ejercicio de la sexualidad. (Brown: 2007)

Para alcanzar esta integralidad, el dispositivo supone actividades de orientación e información sobre sexualidad, cuidados del cuerpo, derechos, métodos anticonceptivos, sus ventajas y desventajas, el acceso a los mismos, así como información respecto a la interrupción voluntaria del embarazo.

Las asesorías integrales se implementan en diversas situaciones y adoptan distintas modalidades dentro del Proyecto de Intervención: en un consultorio de salud sexual, en la internación en las salas de obstetricia, en un espacio comunitario y/o capacitando equipos técnicos de instituciones estatales y/o privadas. Las mismas se orientan a fines concretos:

- Brindar información oportuna y pertinente en términos sencillos.
- Difundir y derivar a los servicios de salud que existen en el territorio.
- Apoyar a las personas para que puedan reflexionar sobre sus prácticas.
- Promover la toma de decisiones autónomas.
- Facilitar el empoderamiento para que las personas desarrollen una vida sexual saludable y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos.
- Promover cuando se requiera el método anticonceptivo sin demoras ni dilaciones.

Presentación y análisis de algunos datos

La sistematización de datos que se presentará corresponde al período de enero a septiembre del corriente año. La información, ha sido obtenida mediante diversos

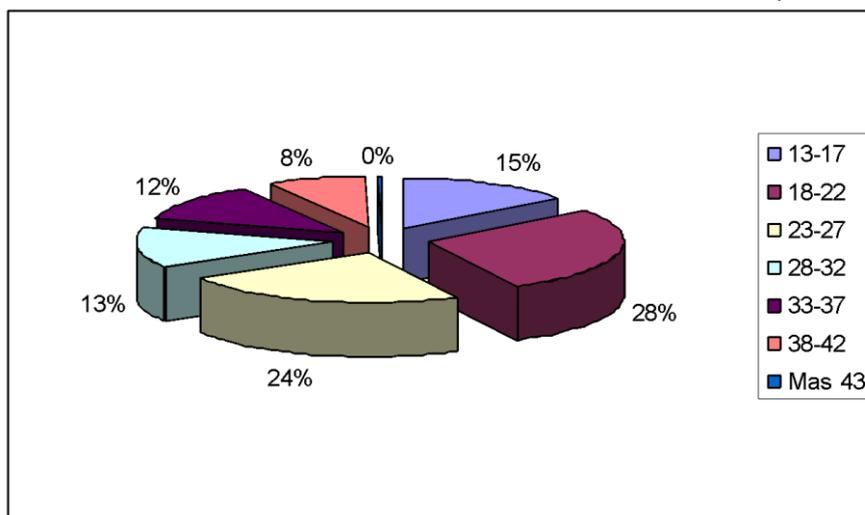
tipos de registros utilizados en las intervenciones profesionales, como planillas o crónicas.

De tal relevamiento, contamos a la fecha con información de 268 mujeres que fueron asesoradas en Sala de Internación de Obstetricia, 30 personas asesoradas en el Consultorio Externo de Salud Sexual, 28 Talleres grupales en Sala XII de Internación y 4 asesorías grupales comunitarias.

Asesoría personalizada en la Sala de Internación de Obstetricia.

La sala de internación de obstetricia cuenta con 28 camas de internación para mujeres púerperas. Desde hace varios años la Residencia de Trabajo Social comenzó a realizar asesorías “cama por cama” sobre salud sexual integral, lugar que hoy se encuentra consolidado. La particularidad de estas asesorías es principalmente que se trata de mujeres que acaban de atravesar un parto y que por lo general se trata de internaciones cortas. A continuación describiremos algunas de las características de estas mujeres que nos servirán de insumo para aproximar un análisis sobre las inequidades de género que nos atraviesan.

Gráfico 1. Distribución variable edad. Sala XIII. N=268. Enero-Septiembre 2015.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la edad, podemos observar que el 52% de las mujeres tienen hijos entre los 18 y los 27 años. Una primera lectura de este porcentaje lleva a preguntarnos cuál es la real incidencia de los cambios socioculturales de las últimas décadas que suponen una postergación de la maternidad en función de proyectos individuales, laborales, profesionales. Si sumamos la franja etárea de los 13 a los 17 años, nos da un total del 67% de mujeres que siendo adolescentes y jóvenes tienen hijos. ¿Eligieron tener esos hijos? ¿Forma parte de su proyecto de vida la maternidad en detrimento de otros proyectos? ¿O es el único proyecto posible?

Pensamos que hay varias situaciones que se pueden enlazar en la vida de estas mujeres que terminan restringiendo sus proyectos de vida a la maternidad y las continúa situando en un lugar de subordinación. Entre estas, puede pensarse la histórica intervención del Estado por medio de políticas públicas que privilegian ese

lugar para la mujer, concretizado en programas asistenciales que puso y pone primacía en este rol y su consecuente restricción al ámbito privado-doméstico.

A pesar de que actualmente se cuenta con un marco general de respeto por los Derechos Sexuales, que representan una conquista y parecen darle contenido a las democracias procedimentales en favor de la idea de igualdad, esto no se trasluce en la información recopilada. Si bien estos derechos pueden operar estratégicamente en el sentido de esbozar alguna separación entre la sexualidad y la reproducción y así trascender a otras esferas de la vida, para practicarlos efectivamente, son necesarias ciertas condiciones de libertad.

A esta posibilidad de practicarlos, se refiere Levin, cuando argumenta: “la concreción de esos acontecimientos, como derechos de ciudadanía reproductivos, depende de garantías previas de libertad de elección en materia reproductiva que son las que definen la existencia de esos derechos” (2010: 85). Entonces, se desprende que la justicia política que instalan los derechos humanos como marco general donde inscribir a los sexuales, es impracticable sin garantías previas de libertad (como podría ser la elección de no ser madre), y entre ellas otros derechos garantizados.

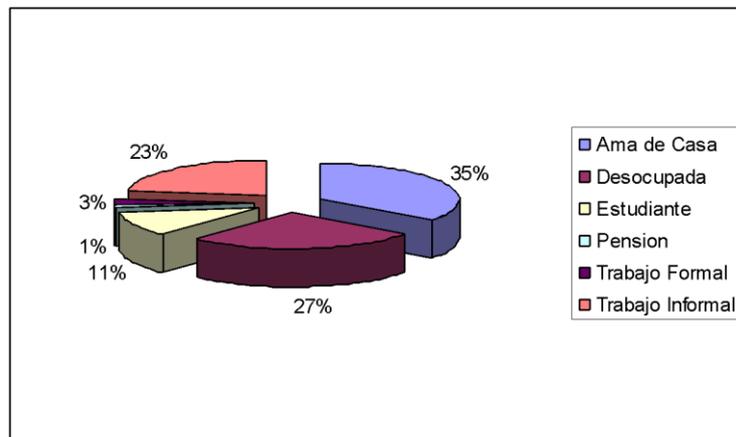
A esto, habría que agregar las condiciones o instancias culturales que orientan y limitan las decisiones de las mujeres. Según la misma autora, las elecciones completamente libres son posibles desde las posibilidades que nos da la cultura, pero ese complejo entramado de significaciones no opera de igual manera para todas las mujeres.

Para aclarar, pareciera que existe una condición básica para pensar proyectos de vida por fuera de la maternidad: la satisfacción de ciertos derechos básicos, abriría posibilidades para ejercer derechos civiles y políticos. Esto no sólo en términos abstractos, sino que, el disponer de un conjunto de necesidades satisfechas y así acceder a recursos culturales sería lo que nos permite, a ciertas mujeres, pensar la maternidad como posibilidad y no como destino.

Esta aparente naturalidad de la maternidad es continuamente reforzada por mecanismos de sujeción que operan para conformar un tipo de subjetividad que se caracteriza por la sumisión, dice Ana María Fernández (1993), y se despliegan simbólicamente por medio de los conocidos tres mitos que culturalmente más operan: el mito mujer - madre, el de la pasividad erótica femenina y el del amor romántico.

Dice Levin, nuevamente: “No obstante los cambios trascendidos en las últimas décadas, la razón principal de la persistencia de las desigualdades es que las transformaciones en la esfera pública no han llegado aún a la esfera de la familia” (2010: 78). Más explícitamente, no han llegado a todas las familias.

Grafico 2. Distribución variable ocupación. Sala XIII. N=268. Enero - Septiembre 2015.



Fuente: Elaboración propia

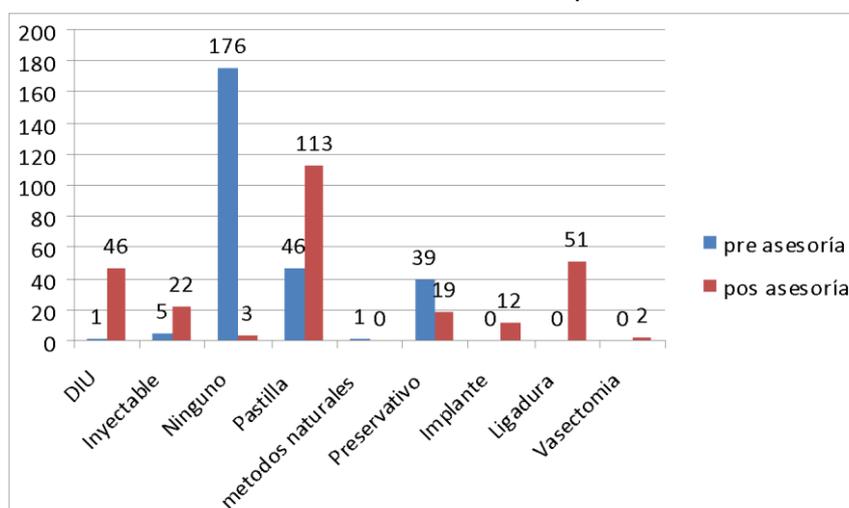
Relacionando la variable de edad con la de ocupación, vemos que el 62% están desocupadas o son amas de casa, situación que si la conjugamos con la variable anterior que hablaba de una maternidad a temprana edad, podemos observar una clara relegación de las mujeres al ámbito doméstico. A pesar de las variaciones que existen en el mercado de trabajo que suponen mayor presencia femenina, pareciera ser que en estos sectores socioeconómicos este acceso se ve restringido. No se recuperan en la intervención trayectorias laborales, y sí mujeres con un gran protagonismo en el ámbito de lo privado - doméstico. ¿Habla esto de una desigualdad estructural que continua marcando la vida de las mujeres? ¿Hasta dónde los avances en materia de legislación y tratados internacionales se traducen en cambios en la vida cotidiana de estas mujeres?

Si bien, en las últimas décadas puede observarse un aumento de la participación de mujeres en el mercado de trabajo, la inclusión al mismo ha sido en actividades consideradas femeninas, por encontrarse asociadas a las funciones reproductivas, de cuidado. Además, las condiciones de precarización ponen en evidencia, que las mujeres están dispuestas a aceptar condiciones laborales más precarias por igual o menor remuneración

Asimismo, esta inclusión debe considerarse como una estrategia para el aumento de los ingresos familiares, y no como un componente de mayor autorrealización de la mujer. Esto, por dos cuestiones: porque el acceso al mercado laboral continúa siendo en puestos con poca capacidad de decisión, y despliegue personal/profesional, y porque al no existir una democratización de las relaciones y actividades de cuidado, las mujeres asumen una doble jornada laboral, casi sin cuestionamientos.

Por todo lo expuesto, y acorde a los datos presentados, puede observarse que la condición de vulnerabilidad de las mujeres atendidas en este dispositivo se conjuga directamente con roles de género naturalizados en una sociedad a la que, aún, le resta mucho por materializar para alcanzar la tan mentada igualdad.

Grafico 3. Comparación de variables MAC utilizado y MAC elegido pre y pos asesoría. Sala XIII. N=213. Enero – Septiembre 2015.



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los métodos anticonceptivos, es interesante observar la diferencia pre y pos asesoría. El 66 % de las mujeres manifiesta no haber usado ningún método anticonceptivo y luego de ser realizada la asesoría todas optan por alguno. En primer lugar eligen pastillas anticonceptivas (43%) y en segundo lugar la ligadura tubaria (19%). Esta transición de no usar ningún método a elegir uno y en gran parte, uno definitivo, nos abre la pregunta sobre ¿cuántas veces estas mujeres tuvieron un espacio para informarse sobre este tema? ¿Se trata de falta de información, de falta de acceso al método, de una decisión?

Como venimos sosteniendo, las decisiones de las mujeres respecto de la maternidad se encuentran seriamente restringidas por diversos factores. A esto, deben sumarse, condiciones propias del sistema de salud que continúa centralizando las acciones en un nivel hospitalario y de tratamiento, en detrimento del nivel comunitario y de prevención. Además de centralizar recursos en el eje reproductivo de la salud sexual.

Según, Diana Czernia (2006), la prevención en salud exige una acción anticipada. Las acciones preventivas, así, se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de eventos de salud específicos, reduciendo su incidencia. En ese sentido, no basta con brindar información sobre los mismos, sino que desde todos los efectores de salud se garantice el acceso oportuno y sin obstáculos.

La cuestión del acceso sin obstáculos es una constante que se manifiesta en los diferentes dispositivos de atención, donde, como venimos diciendo, se pone en evidencia la falta de diligencia para garantizarle a cada mujer el método elegido, en otros efectores de salud. Son múltiples las variables que pueden incidir en esta cuestión, pero resulta necesario plantear al menos dos: la falta de recursos y la incidencia de las posturas más conservadoras que obturan la garantía de derechos.

Con respecto a los recursos, en otro relevamiento realizado por la Residencia, se evidencia cómo en los Centros de Salud de la ciudad la atención ginecológica se encuentra seriamente restringida a pocos días y horarios de atención, así como la entrega de métodos se fundamenta en la disponibilidad y no en el respecto por la elección de la mujer. De esta manera, el acceso no presenta características de

“universalidad y no discriminación”, sino que contrariamente, por vías sutiles, se limita la autonomía de las mujeres en cada decisión.

Hay, en esas situaciones, algo de lo que dice Silvia Levin (2010) respecto al real acceso a los derechos. Según la autora, en el sistema de salud, estos métodos son prescriptos como “opciones terapéuticas” quedando desvalorizado el lugar del deseo presente en el derecho a la sexualidad. Como consecuencia, nuevamente se sacrifican derechos de la mujer en salvaguarda de otros, como por ejemplo, la defensa de la institución familiar.

Particularizando en el uso del preservativo puede verse que no aparece como una forma de cuidado, ni pre ni pos asesoría, no habiendo un reconocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual como un posible riesgo para su salud o, cuando lo hay, reconociendo dificultades para negociar su utilización por las resistencias de sus parejas.

Esto también, puede observarse cuando se compara estadísticas con otros servicios, por ejemplo, en el Consultorio de Infecciones de Transmisión Sexual que depende del Servicio de Dermatología, donde en el mismo período relevado, el 40% de los casos de Sífilis corresponde a mujeres embarazadas y/o puérperas.

Además, se observa en los espacios de asesorías, el poco poder de negociación que manejan las mujeres para su uso, manifestando una relación desigual respecto del hombre en lo que tiene que ver con la toma de decisiones sobre la reproducción y sexualidad en general. Agudiza esta situación, la gran naturalización que existe de situaciones de violencia sexual y psicológica que perpetúa este lugar de subordinación y genera graves efectos sobre la salud, ya ampliamente demostrados.

- Asesoría personalizada en Consultorio de Salud Sexual Integral.

Esta asesoría es coordinada por dos residentes de trabajo social y funciona dos veces por semana (de 9hs a 11hs) en un consultorio ubicado en el sector de Neonatología del Hospital, el cual queda en un tercer piso y tiene acceso restringido. Anteriormente funcionaba en el mismo pabellón pero en planta baja siendo un lugar más accesible y ya era reconocido, habiendo llegado a tener una gran demanda, pero este consultorio fue demolido arbitrariamente en función de reestructuraciones. De este modo, este año se inició un nuevo proceso de difusión del espacio dentro y fuera del hospital.

Esta asesoría está destinada a hombres y mujeres que concurren espontáneamente, que sean derivados por otros servicios o instituciones o que sean ciudadxs para seguimiento. Tiene la particularidad de establecerse en un encuentro íntimo y privado y que por lo general es a partir de la demanda de lxs usuarixs.

Hasta el momento, este año concurrieron a estas asesorías 30 mujeres, 16 llegaron espontáneamente a partir de la cartelera y folletería, 12 fueron derivadas de otros servicios y de 2 no hay datos. En cuanto a las edades, 8 tienen entre 13 y 17 años, 11 entre 18 y 22 años, 4 entre 23 y 27 años, 2 entre 33 y 37 años, 2 entre 38 y 42 y 1 más de 43 años. Al momento de la asesoría 16 no usaban ningún método anticonceptivo, 6 tomaban pastillas, 7 preservativo y de una no hay datos. Luego de la asesoría, 13 elijen en DIU, 4 pastillas, 3 inyectable, 7 implante subdérmico y 1 ligadura.

Estos datos nos permiten dos interrogantes principales, el primero se relaciona con los abordajes de la salud de los profesionales, sobre todo médicos, quienes desconocen a la sexualidad como parte fundamental en el acceso a una salud integral,

no habiendo casi derivaciones de otros servicios. Esto también se relaciona con la pregunta de si esa falta de derivaciones tiene que ver con no reconocer al trabajo social como profesión válida para este tipo de interconsultas, más aún, considerando dos variables, que éste es el único consultorio destinado exclusivamente a la salud sexual y que estas derivaciones, sí suceden en otros casos, como por ejemplo en situaciones de violencia de género.

En este marco se hace ineludible la necesidad de pensar el lugar y la pertinencia que nos atribuyen las otras disciplinas en el ámbito de salud (lo cual se traduce en el tipo de interconsulta requerida o en la falta de esta en situaciones que si la requerirían) esto puede ser visualizado a la luz de que

Los procesos de conocimiento inherentes a nuestra práctica profesional suelen restringirse a identificar y describir recursos diversos, a relevar y registrar datos, acercar información a los demás profesionales, gestionar, orientar al usuario y al grupo familiar. Estas cuestiones frecuentemente valoradas como “buenas necesarias y útiles” y englobadas como “lo social” de la problemática, que se presenta anexado a aquello que realmente trataría la institución, y que se aborda sólo si se dispone de recursos humanos. (Fuentes; Cruz; 2014)

Profundizando el planteo Karsz sostiene que

El trabajo social interviene cuando los problemas ya se encuentran presentes o cuando cabe suponer, y por lo tanto prejuizar, que podrían presentarse. Y sin embargo, de ningún modo se trata de una simple correa de transmisión de los circuitos familiares, escolares, sanitarios, etc. (2007:43)

Esta valoración acerca de nuestra profesión hace que muchas veces no se nos considere a la hora de realizar derivaciones relacionadas con la promoción y la prevención de la salud como en el caso de la Asesoría en Salud Sexual Integral.

Por otra parte y en relación a lo expuesto en estas cuestiones también se pone en juego las posibilidades y obstáculos para construir un trabajo interdisciplinario, en este sentido es necesario puntualiza que la interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante, como afirma

Nora Elichiry una cooperación ocasional no es interdisciplina, se requiere de una actitud de cooperación recurrente. Si la lógica hegemónica es de competencia individual o de competencia de mercado entre profesiones y corporaciones, las condiciones de desarrollo del accionar interdisciplinario encuentran obstáculos importantes. (Fuentes; Cruz; 2014)

- Asesoría grupal en Sala de Internación XII de Obstetricia

Esta asesoría consiste en la realización de un Taller semanal en una sala de internación de obstetricia con 11 camas, donde se encuentran mujeres con embarazo de riesgo o púérperas. Se aborda la sexualidad y los métodos anticonceptivos y al

finalizar el taller se les pide que hagan una pequeña evaluación por escrito, para indagar principalmente si les sirvió para la elección de algún método anticonceptivo y que otros temas les gustaría que se aborden. Hasta el momento, todas indican que les sirvió para la elección de algún método y el principal tema que les interesaría que se aborde es Infecciones de Transmisión Sexual. Esto nos llama la atención nuevamente sobre la información con que han contado estas mujeres sobre sexualidad a lo largo de su vida.

La elección de utilizar la dinámica de taller para realizar promoción y prevención de la salud se sustenta en la creencia de que la modalidad grupal de taller permite la exploración de procedimientos, conceptos y actitudes desde los saberes previos de cada una, haciendo circular el conocimiento y las resoluciones que las participantes aportan. Se trata de una apuesta entre otras para que las mujeres encuentren un lugar para conocer sus derechos, tomar una decisión, sacarse una duda, plantear alguna cuestión particular que las preocupa, etc.

- Asesoría comunitaria y capacitación a equipos.

En el marco de las asesorías en salud sexual integral se realizan charlas a instituciones de la comunidad y a equipos técnicos interesados en poder abordar dicha temática, año a año se trabaja respetando un listado de instituciones que lo han solicitado.

Este espacio es pensado con fines educativos y como dispositivo apropiado para desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud.

Si bien en un comienzo el espacio se dirigía a cualquier institución interesada en abordar la temática, el objetivo del espacio se fue reviendo y se comenzó a priorizar la capacitación a equipos técnicos entendiendo que de este modo se puede contribuir a que la salud sexual integral sea una temática transversal de las instituciones, respetando la Ley Nacional de Educación Sexual, y no restringir el abordaje a las charlas o encuentros con las coordinadoras del taller.

Las charlas a la comunidad se suelen realizar con instituciones interesadas en trabajar la temática, históricamente las escuelas, centros comunitarios, hospitales de día, entre otras, han sido los principales interesados en que la charla se realice con los sujetos que participan de dichos espacios.

Las capacitaciones a equipos técnicos suelen estar destinadas a trabajadores de dichas instituciones ya sea equipos de orientación escolar, promotores de salud, maestros y directivos, etc. La idea de estos espacios es brindar herramientas a dichos equipos para que puedan abordar la temática en sus lugares de trabajo. Esto se enmarca en lo dispuesto por la Ley Nacional N° 26.485 de Educación Sexual en las Escuelas.

Considerando el recorte temporal efectuado con los demás dispositivos, puede decirse que estos primeros meses del año han demandado la charla cuatro instituciones educativas formales y dos centros comunitarios.

Respecto de las temáticas solicitadas para abordar, podemos decir que a la fecha las mayores demandas se relacionan con las temáticas de: género, sexo y sexualidad, discapacidad y sexualidad, leyes vigentes en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y violencias contra las mujeres. En menor medida, es solicitado abordar las temáticas de diversidad sexual, y aborto.

Estas dos últimas características (instituciones que demandan las charlas y el tipo de temática requerida) ineludiblemente nos ha llevado a reflexionar sobre los alcances y limitaciones de la ley 26.150 que en el 2006 establece un Programa de Educación Sexual Integral (ESI) de alcance nacional. Este programa en su primer artículo establece que

Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entendiéndose como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

Pensando en ello consideramos que la Ley 26.150 significó un gran avance ya que comenzó a instalar a la educación sexual como un eje constitutivo fundamental de todos los sujetos, presente a lo largo de toda la vida, así como la consecuente necesidad de que esta sea abordada por las instituciones educativas en todos los niveles, no obstante pasados ya varios años de su sanción aún siguen existiendo obstáculos para su efectiva implementación.

Retomando las principales demandas de las instituciones educativas a nuestro espacio de capacitación a equipos, notamos que el eje motivador suele ser no sentirse preparados para abordar las temáticas relacionadas con la sexualidad con los niños, niñas y los/las adolescentes, teniendo que recurrir a instancias de capacitación no previstas por la ley para poder formarse en la temática.

Conclusión

A través de los dispositivos que describimos y analizamos a lo largo del trabajo intentamos desde nuestro ejercicio profesional trabajar en pos de generar condiciones de mayor libertad para las mujeres con las que nos encontramos cotidianamente. Uno de los desafíos con los que nos enfrentamos es instalar dentro de la institución a los derechos no reproductivos como derecho personalísimo, libre de prejuicios y preconcepciones; como así también aportar en la deconstrucción de los lugares hegemónicos asignados a hombre y mujeres. Otro desafío que se nos presenta es el de instalar dentro del equipo de salud a la sexualidad como parte fundamental en el trabajo por la salud integral. Todo esto en función de garantizar un real acceso a los Derechos Sexuales, teniendo la convicción de incorporar a nuestro proyecto profesional la necesaria lucha contra las inequidades de género.

Bibliografía

- BROWN, Josefina. Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra como lo público y lo privado puesto en cuestión. Tesis de maestría en ciencia política y sociología. FLACSO Argentina.
- CONDERS (2008) Derechos sexuales y reproductivos en Argentina. La exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos.
- FERNÁNDEZ, Ana María (1993) La mujer de la ilusión. Editorial Paidós.
- FUENTES, María Pilar; CRUZ, Verónica (2014) Lo Metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social. Edulp.

- LEVÍN, Silvia (2010) Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad? Espacio Editorial.
- LEY NACIONAL 26.150. Programa Nacional de Salud Sexual Integral. Octubre 2006.
- LEY NACIONAL N° 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Mayo de 2003.
- LEY NACIONAL N° 26.485 De Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en los que se desarrollan sus relaciones interpersonales. 2009.
- MINISTERIO DE SALUD DE NACIÓN (2010) Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de Trabajo. Septiembre de 2010.
- Proyecto de intervención de la Residencia de Trabajo Social en la temática de Salud Sexual y Reproductiva. HIGA Gral. San Martín. 2013.