



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RELACIONES INTERNACIONALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

“Salud sexual y salud reproductiva de adolescentes”

***El caso del Hospital Justo José de Urquiza
en la ciudad de Concepción del Uruguay.***

Rocio Kobylanski

rociokobylanski1@gmail.com

Trabajo Integrador Final

Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Mg. María Angélica Pignatta

Rosario, 2020

*Abre todas las puertas de par en par
para que el viento lleve adentro en tu hogar
el polen bullicioso de nuestra flor,
para que crezcan miles, más de un millón.
Camina sobre el hambre, fuerza y valor,
que la consigna crezca como el amor
y canta con nosotros nuestra canción.*

Víctor Heredia

INDICE

Agradecimientos	3
Introducción.....	4

CAPITULO I

Salud sexual y salud reproductiva: una historia de luchas, debates y derechos.

Leyes y programas nacionales y provinciales

1.1 Salud sexual y salud reproductiva	8
1.1.1 El movimiento feminista y su influencia en la conquista de los derechos sexuales y derechos reproductivos.....	9
1.2 Historia de los derechos sexuales y derechos reproductivos en Argentina.....	15
1.2.1 La salida del silencio de la sexualidad y el primer avance de acción pública.....	15
1.2.2 Leyes nacionales	18
1.2.3 Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva.....	21
1.3 Derechos sexuales y derechos reproductivos en la provincia de Entre Ríos.....	22
1.3.1 Leyes provinciales	23
1.3.2 Programas provinciales.....	24
1.4 Enfoque de derechos y perspectiva de género en la atención de la salud sexual y salud reproductiva.....	25

CAPITULO II

Adolescentes: de objetos de tutelaje a sujetos de derechos.

Leyes y programas nacionales y provinciales

2.1 Abordando la adolescencia	28
2.2 Los derechos de la adolescencia en Argentina.....	29
2.2.1 Marco legislativo nacional	31
2.2.2 Programas nacionales	32
2.3 Los derechos de la adolescencia en la provincia de Entre Ríos	34
2.3.1 Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia (COPNAF)	35
2.3.2 Programas provinciales	35
2.4 Adolescentes y el sistema de salud.....	37

CAPITULO III

Estudio de caso en la ciudad de Concepción del Uruguay:

La integralidad e interdisciplina en el Equipo de atención integral adolescente y el rol del Trabajo Social

3.1 Niveles de atención del sistema de salud.....	41
3.2 Organización del sistema de salud en la provincia de Entre Ríos	42
3.2.1 Historia y zona de influencia del Hospital Justo José de Urquiza	43
3.3 Integralidad e interdisciplina en el Equipo de atención integral adolescente.....	45
3.3.1 Algunas consideraciones	53
3.4 Rol e intervención del Trabajo Social dentro del equipo profesional	56
Reflexiones finales	61
Bibliografía.....	65

AGRADECIMIENTOS

¡MUCHAS GRACIAS!

A mis viejxs por darme posibilidades y libertad, especialmente a mi mamá por su incondicionalidad.

A mi abuela por festejar cada paso que fui dando, y recibirme cada vuelta con tanto cariño.

A María Angélica Pignatta por aceptar la dirección de este trabajo y su acompañamiento en este último trayecto.

A Silvia Levin por el gran gesto de regalarme su libro “Derechos al revés ¿Salud sexual y reproductiva sin libertad?” que fue de gran utilidad en este trabajo.

A Silvia Fossini, quien se recibió con mi mamá de esta profesión, por asesorarme con tanta predisposición. Es de gran valor y significado haber contado con tu apoyo.

A las integrantes del Equipo de atención integral adolescente del Hospital Justo José de Urquiza por permitirme realizarles las entrevistas.

Por último, a la Universidad Nacional de Rosario, a la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, sobre todo al Trabajo Social, no solo por formarme profesionalmente sino también por atravesarme a nivel personal, desacomodando todas mis estructuras para empezar a construirme desde el saber, la crítica, el respeto y la empatía. Por eso ¡Siempre en defensa de la educación pública y los Derechos!

Una vez más, a todas y todos ¡GRACIAS!

INTRODUCCIÓN

El tema que se propone en el presente trabajo integrador final es la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes, para ello se toma como referente empírico al Hospital provincial Justo José de Urquiza que se encuentra en la ciudad de Concepción del Uruguay, provincia de Entre Ríos, en donde funciona un Equipo de atención integral adolescente.

El interés por este tema surgió, en el año 2018, cuando en las prácticas pre-profesionales que realicé en el centro de salud Juan B. Justo de la ciudad de Rosario, participé de un dispositivo dirigido a embarazadas y madres de niños/as hasta tres años de edad llamado “Desarrollo Oportuno”. Si bien dicho dispositivo tiene como objetivo trabajar el vínculo madre-hijo/a, se han abordado temas relacionados al género, y realizado charlas sobre salud sexual y salud reproductiva.

La razón por la cual elijo realizar el trabajo en una institución de mi ciudad natal, Concepción del Uruguay, es para conocer la existencia de espacios y el abordaje que se realiza sobre la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes, enfatizando en el rol que tiene el Trabajo Social en la materia con la intención de realizar un aporte a nivel local, resaltando la posibilidad de posicionarnos como capaces de identificar e instalar en la agenda pública algunos problemas invisibilizados, contribuyendo además a la defensa de las personas como sujetos de derechos y potenciar su autonomía.

Para ello se plantea como **objetivo general**:

Contribuir al conocimiento y análisis sobre el abordaje integral e interdisciplinario y el rol del Trabajo Social en la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes.

Como **objetivos específicos**:

- Caracterizar y analizar la integralidad e interdisciplina en el Equipo de atención integral adolescente.
- Identificar y describir el rol e intervención del Trabajo Social dentro del equipo profesional.

Este trabajo de investigación se lleva a cabo mediante una metodología cualitativa, basándose en un estudio de caso y posicionándose desde el enfoque de derechos y la perspectiva de género, considerando que es de suma necesidad adoptar dicho

posicionamiento ya que “el Trabajo Social es una disciplina clave en los procesos de intervención en lo social y se ha constituido en un dominio de saber que por su dirección histórica ha estado comprometido con la defensa de los ideales democráticos, de libertad, de justicia social y por la defensa de los Derechos Humanos” (Carballeda, 2016).

La metodología cualitativa es apropiada cuando quien investiga se propone indagar en la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad (Marradi y otros, 2012).

El estudio de caso tiene la necesidad de entender un fenómeno social complejo, permite a los/as investigadores/as detectar las características más representativas y holísticas de los fenómenos de la vida real (Escudero Macluf y otros, 2008). Es decir, consiste en el estudio del acontecimiento en su propia especificidad y singularidad.

Tanto para la recolección como para el análisis de la información se utilizan las técnicas cualitativas: análisis documental y entrevistas semiestructuradas a la trabajadora social, la psicóloga, la ginecóloga y la obstetra del Equipo de atención integral adolescente.

Se decide utilizar estas técnicas dado que según Marradi y otros (2012), la lectura de otros estudios sobre el tema que nos preocupa, realizados por otros/as investigadores/as, con frecuencia proporciona proposiciones y conceptos fructíferos que ayudan a interpretar los datos.

Asimismo las entrevistas semiestructuradas presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los/as entrevistados/as.

Más allá que para el desarrollo de este trabajo se incluyeron varias investigaciones, estudios realizados por diferentes autores/as, de todas formas cabe mencionar que es limitado el material bibliográfico sobre el Hospital Justo José de Urquiza, y puede decirse que no hay material respecto del Equipo de atención integral adolescente, por lo que parte del trabajo de investigación se formula a partir de la información obtenida a través de las entrevistas.

La estructura del presente trabajo está compuesta por introducción, tres capítulos y las reflexiones finales.

El **capítulo I** como su título lo indica, consiste en una introducción al tema y un recorrido sobre las luchas, debates y derechos en torno a la salud sexual y salud reproductiva. Parte por el surgimiento del concepto de salud sexual y salud reproductiva, el cual sustituyó el término de salud materna e infantil, proceso donde el movimiento feminista tuvo su impronta.

A modo de reconocimiento, se continúa con la historización de dicho movimiento por su imprescindible labor en los derechos de las mujeres y los derechos sexuales y derechos reproductivos, que gracias a sus incesantes luchas pudieron conquistar. Como es de común conocimiento, el feminismo y sus luchas no son parte del pasado, sino que hoy en día se reflejan fervientemente en el reclamo por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito.

Se hace referencia al movimiento feminista para dar cuenta de su influencia en las leyes y políticas dictadas en Argentina y la provincia de Entre Ríos.

Seguidamente se realiza un recorrido sobre los debates y avances de acción pública respecto de los derechos sexuales y derechos reproductivos, como fue la sanción de la Ley Nacional N° 25673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Puede considerarse que dicha ley significó un punto de inflexión al abrir el camino para la sanción de otras leyes e implementación de programas nacionales y provinciales sobre el tema, también desarrollados en este trabajo.

Al finalizar este capítulo se menciona la importancia del enfoque de derechos y la perspectiva de género en la atención de la salud sexual y salud reproductiva.

En el **capítulo II** se realiza una descripción de la adolescencia, del cambio del paradigma tutelar al de protección integral de derechos donde la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño a nivel mundial y la ley de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes a nivel nacional fueron los hechos concretos que marcaron un antes y un después en materia de derechos de esta población.

Posteriormente se mencionan las distintas leyes y políticas nacionales y provinciales dirigidas o vinculadas a la adolescencia.

Cerrando el capítulo se apunta a la relación de los/as adolescentes con el sistema de salud haciendo referencia a la existencia de barreras de acceso de esta población a dicho sistema, enfatizando en la importancia que tienen los equipos de salud en la garantía

de sus derechos, especialmente de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y la indispensable incorporación de la perspectiva de género y enfoque de derechos para el abordaje integral de la salud.

En el **capítulo III** con el propósito de responder a los objetivos de este trabajo, se indaga específicamente sobre el estudio de caso de la investigación. Para empezar, se describen los distintos niveles de atención del sistema de salud con el fin de observar cómo se efectúa la organización de éste en la provincia de Entre Ríos, y de esta manera ubicar al Hospital Justo José de Urquiza.

A continuación, en los dos últimos apartados, se presenta el Equipo de atención integral adolescente, caracterizándose su composición y modalidad de trabajo, puntualizando en el análisis sobre la integralidad e interdisciplina.

Por último se define la intervención del Trabajo Social a partir de distintos/as autores/as para luego identificar y describir la intervención y el rol del Trabajo Social en el equipo profesional.

Para cerrar con el presente trabajo se realizan las reflexiones finales con la intención de establecer la relación entre teoría y práctica y brindar una mirada como futura trabajadora social.

CAPITULO I

Salud sexual y salud reproductiva: una historia de luchas, debates y derechos.

Leyes y programas nacionales y provinciales

1.1 Salud sexual y salud reproductiva

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), la salud sexual y la salud reproductiva están estrechamente relacionadas, pero algunos aspectos cruciales de la primera se pueden pasar por alto cuando se agrupan dentro del ámbito de la segunda. Lo importante es que se respaldan y protegen entre sí, de modo que cada esfera de intervención potencia los efectos del resto. Dentro de las esferas de intervención de la salud sexual se encuentra: educación e información integral, prevención de la violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas, prevención y control del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, función sexual y orientación psicosexual. Dentro de las esferas de intervención de la salud reproductiva se encuentra: orientación y suministro de métodos anticonceptivos, tratamiento de la esterilidad, asistencia prenatal durante el parto y puerperal, servicios de aborto seguro.

El trabajo de la OMS respecto de la salud sexual puede decirse que comienza por lo menos en el año 1974, cuando un grupo de expertos en sexualidad humana elabora un informe en materia de educación y tratamiento en esta esfera. En el informe se define a la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. También se indica que la atención al placer y al derecho a la información sexual son fundamentales (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Veinte años más tarde, la salud sexual se incluye en la definición declarada de salud reproductiva del informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). El concepto de “salud sexual y salud reproductiva” como tal nace en dicha Conferencia que tiene lugar en El Cairo en 1994, el cual sustituye el término de “salud materna e infantil” (Mazarrasa y Gil Tarragato, 2007). En esta definición está implícita la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y la capacidad y libertad para decidir procrear, cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En el informe se define la salud sexual y se establece que su objetivo declarado

es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Retomando a Mazarrasa Alvear y Gil Tarragato (2007), esta sustitución se considera un logro a raíz del trabajo del movimiento feminista que realizaron durante décadas. A su vez, a partir de la Conferencia de El Cairo (Naciones Unidas, 1995), se establece que las políticas de población deben basarse en el bienestar y calidad de vida de las personas y no como una mera regulación de las relaciones sexuales con fines reproductivos.

Se menciona en dicha Conferencia la situación de la adolescencia respecto de la salud sexual y salud reproductiva, sosteniendo que deberían garantizarse a los/as adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, lo que debería combinarse con la educación de los varones para que respeten las decisiones de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo referido a la sexualidad y reproducción. También señala que el embarazo a edad temprana es un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer. El matrimonio y la maternidad en la adolescencia limitan exponencialmente las oportunidades de educación y empleo (Naciones Unidas, 1995).

Así comienza a darse gran importancia al respeto de la sexualidad y la reproducción.

1.1.1 El movimiento feminista y su influencia en la conquista de los derechos sexuales y derechos reproductivos

A lo largo de la historia la mujer fue reconocida únicamente como madre, esposa y ama de casa. Se le negó el derecho al voto, al estudio, al trabajo, la entrada a espacios públicos y a la posibilidad de decidir sobre la maternidad. El Derecho no ha tratado de manera igualitaria a las mujeres en relación a los varones. Es más, puede decirse que el Derecho hace referencia a la mujer por primera vez a través del Código Penal, cuando se penaliza el aborto. Que la mujer ingrese al Derecho a través del Código Penal da cuenta de la mirada histórica que se ha tenido respecto de ella (Blando, 2014).

En la actualidad, al menos formalmente puede decirse que varones y mujeres tienen los mismos derechos, gracias a los años de luchas del movimiento feminista.

Siguiendo a Valcarcel (2001), el origen de este movimiento se ubica en el periodo de la Revolución Francesa y la Ilustración. Surge por la necesidad de la liberación de la mujer ante la falta de representación en los principios que sostenía la revolución, los cuales estaban dirigidos al varón, y excluían a la mujer.

Las demandas del colectivo de mujeres de esta primera ola se basaron en el acceso de la mujer a la libertad, educación, igualdad y derechos políticos. Fue en esta primera ola denominada “feminismo ilustrado” cuando se comienza a tomar conciencia de la opresión de la sociedad sobre la mujer (Gamba, 2008).

Estados Unidos e Inglaterra fueron los países donde tuvo mayor fuerza la segunda ola del feminismo conocida como “sufragismo” que tiene lugar desde mediados del siglo XIX hasta la finalización de la Segunda Guerra Mundial en el siglo XX, persiguiéndose como objetivo principal el derecho al voto femenino (Gamba, 2008).

Durante la Primera Guerra Mundial las mujeres sustituyeron la mano de obra masculina, y una vez finalizada la guerra se concedió el voto a las mujeres. En Estados Unidos en 1920 se reconoció el derecho al voto sin discriminación de sexo; y en la década del treinta la mayoría de los países desarrollados reconocieron el derecho al voto femenino.

El movimiento feminista es parte de la Argentina desde fines del siglo XIX e inicios del XX, época en la que las mujeres trabajaron e influenciaron en la vida política, aunque estuvieran lejos de los derechos de la ciudadanía. El Código Civil de fines del siglo XIX sancionaba la inferioridad jurídica de las mujeres, y por ello comenzaron a extenderse las acciones femeninas para revocar esa circunstancia peticionando la remoción de la inferioridad civil, la obtención de mayor educación y la cuestión del sufragio (Barrancos, 2014).

Desde 1900 surgieron diferentes centros y ligas, creándose en 1920 el Partido Feminista dirigido por Julieta Lanteri, médica y gran referente del sufragismo. Lanteri protagonizó importantísimos hechos que marcaron los primeros reclamos de las mujeres y las incipientes organizaciones feministas en busca de la igualdad cívica. Descubrió en 1911 que la ley electoral le impedía votar (porque se basaba en el cumplimiento del

servicio militar) pero no ser candidata, por lo que expuso ante la Junta Electoral que "la Constitución emplea la designación genérica de ciudadano sin excluir a las personas de mi sexo. La ley electoral no cita a la mujer en ninguna de sus excepciones" (Negri, 2018). En 1919 se postuló como candidata a diputada, convirtiéndose en la primera mujer candidata en la Argentina.

De esta manera el movimiento comenzó a politizarse, creándose la organización femenina denominada Junta para La Victoria que tuvo gran adherencia en el país.

Las mujeres obtuvieron un rol importante en la política argentina con la llegada del peronismo y de María Eva Duarte de Perón, popularmente conocida como Evita. Casada con Juan Domingo Perón participó activamente en la campaña electoral de su marido en 1946, siendo la primera mujer argentina en hacerlo (Gamba, 2008). En septiembre de 1947¹ se sancionó la Ley N° 13010 de sufragio femenino, también conocida como Ley Evita; la primera experiencia de voto femenino fue en 1951, con una concurrencia masiva, consagrándose el triunfo del peronismo. Evita en 1948 creó la Fundación Eva Perón², y en 1949 fundó el Partido Peronista Femenino, que presidió hasta su muerte.

Como señala Valcarcel (2001), la tercera ola del feminismo llegó en la década del setenta cuestionándose la mística de la feminidad. Si bien los derechos políticos ya se habían conquistado como también los derechos educativos, y las profesiones se iban ocupando aunque no sin obstáculos, de igual manera las mujeres no habían conseguido una posición paritaria respecto de los varones, continuaba existiendo una distancia jerárquica. Los ejes que se plantearon fueron la redefinición del concepto de patriarcado, el rol de la familia, el trabajo doméstico, la sexualidad, la reformulación de los espacios público y privado a partir del lema "lo personal es político". El feminismo asumió el desafío de demostrar que la naturaleza no encadena a las personas, ni les fija su destino "no se nace mujer, se llega a serlo" como señaló Simone de Beauvoir. Se produjo una crítica radical a las bases de la organización social.

En Argentina entre 1976 y 1983 se vivió la dictadura más fuerte de su historia, y es relevante mencionar que fue un grupo de mujeres el que enfrentó con gran

¹ 23 de septiembre de 1947 se establece el "Día Nacional de los Derechos Políticos de la Mujer".

² Institución creada por Eva Duarte con el objetivo de proporcionar asistencia social, funcionó desde 1948 hasta 1955.

contundencia este proceso reclamando la aparición de sus hijos/as, ellas fueron las Madres de Plaza de Mayo, espacio del que surgió la asociación de Abuelas en busca de sus nietos/as apropiados/as por los represores (Barrancos, 2014).

La recuperación democrática en 1983 significó el retorno del movimiento feminista que adoptó dos tópicos centrales, la violencia doméstica y el reconocimiento político (Barrancos, 2014). En 1985, las mujeres incluyeron dentro de sus reivindicaciones el derecho al divorcio; por amplia mayoría fue aprobado en Diputados el proyecto en 1986, pero recién al año siguiente, en 1987, fue aprobado en el Senado, sancionándose la Ley N° 23515.

Respecto al reconocimiento político, diferentes militantes de partidos políticos propusieron alterar sus fuerzas solicitando el derecho a obtener cargos partidarios y lugares en la representación parlamentaria. A partir de ello se presentan diversos proyectos en materia de “cupos” femenino, y en 1991 se sancionó la Ley N° 24012 que modificó la composición de las listas partidarias determinando un mínimo de 30% para las mujeres. Sin dudas el número de las feministas en los cargos electivos no ha sido mayoritario, pero una excepción fue la composición de la primera Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1997-2000), en donde gran parte se identificaba con el feminismo lo que posibilitó que se sancionara una de las leyes más progresistas en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, la Ley N° 418/00 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Barrancos, 2015).

La cuarta ola del feminismo empieza después de la década del ochenta hasta la actualidad, donde el colectivo feminista reivindica la necesidad de otra ola debido a la continuidad de las desigualdades y violencias. Ante ello el feminismo cobró gran notabilidad, y se caracteriza por el activismo en internet para visibilizar la lucha por la igualdad, los derechos civiles, el derecho al aborto, oposición a la violencia machista, defensa de la libertad sexual donde entra con fuerza el colectivo LGTBI³. Se denomina a esta cuarta ola “ciberfeminismo” (Thomen Bastardas, 2019).

Hace ya varios años que la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos, como la legalización del aborto, son una cuestión principal en la lucha de

³ LGTBI es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersex. Este colectivo agrupa a las personas con las orientaciones sexuales e identidades de género relativas a esas palabras, así como las comunidades formadas por ellas.

las mujeres argentinas. La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito surgió en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres (ENM) realizado en Rosario en el año 2003 y en el XIX ENM desarrollado en Mendoza en el 2004. Fue lanzada el 28 de mayo de 2005, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, y desde entonces tiene la capacidad y la fuerza de coordinar actividades simultáneamente en distintos puntos del país bajo la consigna: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir” (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito).

El primer Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo elaborado colectivamente fue en el año 2006, durante una plenaria nacional realizada en Rosario. El Proyecto fue presentado en la Cámara de Diputados de la Nación desde el año 2007, el último proyecto presentado fue en el año 2018, donde obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados pero fue rechazado en la Cámara de Senadores.

Retomando lo que sostiene la Campaña⁴, en Argentina se calcula que alrededor de 500 mil mujeres recurren cada año al aborto clandestino, mostrando cómo la penalización no impide su práctica, sino que la hace peligrosa por la falta de recursos económicos de muchas mujeres. El aborto es parte de la cotidianeidad de medio millón de mujeres que año a año desoyen mandatos sobre sus cuerpos y sus vidas, trayendo al escenario público un tema crucial: la maternidad debe ser voluntaria, deseada, proyectada. Según cifras oficiales las complicaciones por abortos inseguros son la principal causa evitable de mortalidad materna en Argentina. La mayoría de estas mujeres son jóvenes y empobrecidas, mostrando las desigualdades que atraviesa el problema del acceso al aborto cuando una mujer decide que no puede seguir adelante con un embarazo no deseado. La falta de acceso a procedimientos seguros, de calidad y gratuitos constituye una violación a los derechos humanos de las humanas.

Despenalizar y legalizar el aborto es reconocer la dignidad, la plena autoridad y el derecho de las mujeres para dirigir sus vidas; y aceptar que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es un derecho personalísimo ya que éste es el primer territorio de ciudadanía de todo ser humano.

⁴ Disponible en: <http://www.abortolegal.com.ar/about/>

Si bien los ejes de lucha fueron variando a lo largo de la historia a través de las conquistas alcanzadas, el feminismo tiene en sus cimientos la búsqueda de cambios en las relaciones sociales que conduzcan a la liberación de la mujer, y también del varón, a través de la eliminación de jerarquías y desigualdades entre los sexos.

Los aportes del feminismo en sus distintas etapas son sustantivos en la construcción de la autonomía de las mujeres y su visibilización como sujetos de derechos. Permite comprender los distintos poderes que empañan las relaciones entre los géneros estableciendo diferencias y valores dominantes en un mundo regido por patrones patriarcales de dominación.

De todas formas, se considera incompleta y sectorial la lucha feminista si se reduce a la mujer biológica, occidental, blanca, heterosexual y burguesa, sin tener en cuenta la interseccionalidad.

Martínez (2018) sostiene que entendiéndose el feminismo como la lucha por lograr la igualdad entre géneros, es necesario comprender qué implican las identidades de género y poder extender el concepto de mujer, comprendiendo que existen distintas maneras de vivir con una identidad que se expresa femenina. Por ello, debe incorporarse en la lucha al transfeminismo, que entiende que hay otras formas de habitar los cuerpos por fuera del binarismo impuesto, considerando que los cuerpos trans sufren cotidianamente con gran impunidad la violencia patriarcal.

“La adopción acrítica de un modelo identitario multiculturalista ha hecho que no se reconozca el cruce de las matrices de opresión de género y sexualidad con las matrices y los sistemas de raza/racialización/racismo, clase, modernidad/colonialidad, heterosexualidad obligatoria como régimen político, cisgenerismo, sistema etario, segregación y jerarquización territorial, discapacidad física, mental, sensorial y múltiple” (Esguerra Muelle y Bello Ramirez, 2014:20).

Por ello es imprescindible incorporar el concepto de interseccionalidad, para analizar los diversos tipos de opresión por las que cualquier individuo se enfrenta, no solo según su sexo/género, sino también según otras razones (raza, clase, lengua, cultura, sexualidad, procedencia, edad, discapacidad, etc.). La discriminación múltiple debe ser contemplada y tratada de manera interseccional, es decir, valorando y visibilizando cada opresión (Hernández Artigas, 2018).

En síntesis, la interseccionalidad visibiliza cómo las diferentes categorías que generan desigualdad mantienen relaciones recíprocas. Es un enfoque que señala que el género, la etnia, la clase, la orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser “naturales” son construidas y generan un impacto negativo que se complejiza según su interrelación. (Platero Méndez, 2014).

Como señala Martínez (2018), “La clave está también en ponerse los lentes de la interseccionalidad para poder ver y reconocer los privilegios”.

1.2 Historia de los derechos sexuales y derechos reproductivos en Argentina

Según Oizerovich y Perrotta (2017), la salud sexual consiste en un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad; y la salud reproductiva implica la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos/as si y cuando se desea.

En relación a esto, los derechos sexuales son aquellos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos; y los derechos reproductivos se refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma si tener o no hijos/as, cuántos/as hijos/as tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados.

Estos derechos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles, encontrándose plasmados en diferentes documentos legales nacionales e internacionales.

1.2.1 La salida del silencio de la sexualidad y el primer avance de acción pública

Los sectores conservadores del catolicismo desde siempre han buscado bloquear los avances en salud reproductiva, oponiéndose a los métodos anticonceptivos, a la educación sexual, y al aborto. Detrás de esta oposición subyace una visión sobre el rol de la mujer en la familia y sobre la maternidad y la reproducción como elementos centrales de la identidad femenina.

Cepeda (2008) sostiene que en la década de 1970, el gobierno peronista y los posteriores gobiernos militares restringieron los derechos sexuales y derechos

reproductivos, controlando las libertades individuales de procreación de los/as ciudadanos/as mediante el decreto presidencial N° 659 firmado por Perón y López Rega. El decreto disponía el control de la comercialización y la venta de productos anticonceptivos por medio de la presentación de una receta por triplicado y la prohibición de desarrollar actividades relacionadas directa o indirectamente con el control de la natalidad. El decreto recomendaba realizar un estudio sobre este tema y desarrollar una campaña de educación sanitaria que destacara, a nivel popular, los riesgos de someterse a métodos y prácticas anticonceptivas.

La transición democrática desde 1983 implicó una salida del silencio respecto de los derechos humanos ligados a la sexualidad. Nuevos temas son abordados, gran parte de las relaciones sociales son cuestionadas y nuevos espacios se vuelven terreno de acciones políticas (Pecheny y Petracchi, 2006).

Según Novick (2008), la Convención por la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ⁵dictada en 1979 por las Naciones Unidas, fue ratificada en nuestro país en 1985. Para 1986 y a partir del Decreto N° 2274 se derogó el Decreto N° 659, y a su vez se dio gran importancia desde el Estado a la difusión y asesoramiento en lo referente a anticoncepción de manera de ejercer el derecho de decidir el número y espaciamiento de los/as hijos/as.

La Reforma Constitucional de 1994 significó un gran avance en el reconocimiento de los derechos de las mujeres y de los derechos sexuales y derechos reproductivos asignándose a la CEDAW la mayor jerarquía en la pirámide legal.

Fue en 1987 desde la municipalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que se implementó un Programa Municipal de Procreación Responsable, convirtiéndose en la primera acción pública en la materia, tenía como propósito fortalecer la capacidad de la población en el ejercicio del derecho a decidir sobre su vida reproductiva, realizándose campañas de información en planificación familiar y anticoncepción (Levin, 2010).

A este proceso de cambio se sumaron las provincias. La Pampa en 1991 promulgó la Ley N° 1363 que creó el Programa Provincial de Procreación Responsable. El debate en torno a la ley nacional se inició en 1995 que obtuvo la media sanción en la Cámara de Diputados pero no logró obtener consenso para su discusión y tratamiento en el Senado.

⁵ CEDAW son sus siglas en ingles.

La voluntad política en ese momento era totalmente opuesta, el presidente Menem vinculado a la Iglesia, para impedir la incorporación del tema en la agenda pública promovió y creó el Plan Nacional de Acción a favor de la Madre y del Niño en 1991 y más adelante decretó el “Día del niño por nacer” (Levin, 2010). Mientras tanto en varias provincias se sancionaron leyes que crearon programas sobre salud sexual y reproductiva. Por su parte la ciudad de Rosario en 1997 puso en marcha el Programa de Procreación Responsable; y en la provincia de Santa Fe tras profundos debates fue reglamentada la ley en 2002.

Finalmente en 2002 se sancionó la Ley Nacional N° 25673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) reglamentado por el Decreto N° 1282. Posteriormente se sancionaron leyes en cinco provincias: Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Cruz, Salta y Santiago del Estero (Levin, 2010).

Los sectores conservadores como la Fundación Mujeres por la vida, Fundación 25 de marzo, la entidad Pro Vida, siguieron movilizándose en contra de los derechos sancionados en el programa durante la reglamentación e implementación a nivel nacional y provincial. Pero al mismo tiempo aumentaban las manifestaciones públicas de apoyo de diferentes sectores de la sociedad, entre ellos el movimiento de mujeres.

En sus inicios los temas objetos de debate del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fueron la anticoncepción y los métodos a utilizar. Los métodos autorizados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) fueron los “transitorios, reversibles y no abortivos”, tales métodos deberían ser suministrados respetando la decisión de las personas y con previa información brindada sobre las ventajas y desventajas. Otro aspecto vinculado a la anticoncepción motivo de discusión fue la población destinataria, si bien está dirigido a toda la población, se enfatiza en adolescentes en edad fértil, promoviendo en ese momento la participación de mayores en el marco de los derechos de patria potestad. Otro tema fue el de la objeción de conciencia que consiste en la facultad que tienen los/as profesionales de abstenerse de intervenir en ciertas prácticas si se contradice con sus creencias morales, por lo que se cuestionó su legitimidad ya que podría afectar el funcionamiento del programa. Cabe aclarar que esta facultad preserva la libertad de pensamiento pero no absuelve a los/as médicos/as de la responsabilidad de sus incumbencias (Levin, 2010).

Respecto al contenido del PNSSyPR, la noción de salud sexual y salud reproductiva que sostiene implica el derecho a tener relaciones sexuales sin coerción, sin temor a infecciones o embarazos no deseados, la posibilidad de regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro. Se propone potenciar la participación femenina en la toma de decisiones sexuales y reproductivas. El propósito de la Ley N° 25673 al garantizar la salud sexual y salud reproductiva es contribuir al desarrollo integral de la salud físico, mental y social de toda la población.

Para concretar sus objetivos este programa establece acciones de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento en aspectos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva, por ejemplo: morbilidad materno-infantil, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y patologías genitales y mamarias.

La creación de este programa si bien no garantiza la ciudadanía plena de las personas, especialmente de las mujeres y cuerpos gestantes, es la ley que pudo la democracia ofrecer hasta el momento, y significó un avance sobre la sexualidad y reproducción que pasaron a ser consideradas asuntos de responsabilidad estatal.

1.2.2 Leyes nacionales

La existencia de leyes es un indicador del grado de apertura de la agenda a las cuestiones de derechos sexuales y derechos reproductivos. Retomando lo expuesto por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018), en el documento de trabajo de la Consejería en salud sexual y salud reproductiva, las principales leyes nacionales y tratados internacionales referidos a estos derechos son:

- Ley 23849 (1990) Convención sobre los Derechos del Niño. Protege el derecho de niñas, niños y adolescentes a gozar del más alto nivel posible de salud, incluida la educación y servicios en materia de salud sexual y salud reproductiva.
- Ley 23798 (1990) Ley Nacional de Sida. Esta ley establece que en ningún caso pueden producirse marginación, estigmatización, degradación o humillación de las personas afectadas. También dispone que el Estado debe garantizar el acceso al diagnóstico (que debe ser voluntario), asegurando la confidencialidad. Además, promueve el secreto médico y el acceso de todos/as los/as habitantes al cuidado y atención de la enfermedad.
- Ley 25808 (2003) y Ley 25273 (2000) Derecho de las adolescentes embarazadas y adolescentes que son mamás o papás a continuar estudiando. La Ley 25808 modifica el artículo 1° de la Ley 25584 que prohíbe, a los directivos o responsables de los

establecimientos educativos en todos los niveles, impedir o perturbar el inicio o prosecución normal de sus estudios a las estudiantes embarazadas, las madres durante la lactancia y a los estudiantes padres. La Ley N° 25273 crea un régimen especial de inasistencias justificadas por embarazo.

- Ley 25929 (2004) Parto humanizado. Garantiza los derechos de la mujer en relación con el embarazo, el parto y el postparto. La mujer puede ser acompañada por quien elija durante el parto y tiene derecho a no ser sometida a intervenciones innecesarias, ni a medicamentos que aceleren el proceso cuando no hacen falta.
- Ley 26061 (2005) Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Garantiza el derecho de esta población a la salud integral, incluida la salud sexual y la salud reproductiva, y el derecho a opinar y elegir.
- Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación, Atención post aborto. Protege el derecho de todas las personas con capacidad de gestar a la atención de la salud de manera rápida, con calidad, humanizada y confidencial en situaciones de post aborto, sin importar si el aborto es espontáneo o provocado.
- Ley 26150 (2006) Educación Sexual Integral (ESI). Establece que todas las personas deben recibir educación sexual integral en todas las instituciones educativas del país, privadas o estatales, confesionales o laicas, en todos los niveles y modalidades: jardín de infantes, primario, secundario y educación superior.
- Ley 26130 (2006) Anticoncepción quirúrgica. Garantiza el derecho de toda persona mayor de edad a elegir la anticoncepción quirúrgica –ligadura de trompas y vasectomía– y a acceder a ella gratuitamente.

Agregase al inciso b), del artículo 6°, de la Ley N° 25673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

- Ley 26378 (2008) Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a casarse y a fundar una familia, a decidir libremente, y de manera responsable el número de hijos/as que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro. Respecto del acceso a las prácticas de salud sexual y salud reproductiva, la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, retomando el Código Civil y Comercial vigente desde 2015, destaca que las personas con discapacidad tienen el derecho como todas las personas a tomar decisiones en forma autónoma, su voluntad nunca puede ser sustituida.
- Ley 26485 (2009) Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Protege el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia y define, entre otras, la violencia que se relaciona con la salud sexual y salud reproductiva: violencia sexual, violencia contra la libertad reproductiva y violencia obstétrica.

- Ley 26529 (2009) Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Protege el derecho a la atención de la salud sin discriminación, a recibir un trato digno y respetuoso, y a que se respete la intimidad, autonomía y confidencialidad de las personas en las consultas con profesionales de la salud y en las instituciones sanitarias.
- Ley 26618 (2010) Matrimonio igualitario. Establece la posibilidad de que las parejas del mismo sexo puedan casarse en igualdad de condiciones que las parejas heterosexuales.
- Artículo 86 del Código Penal (2012) Abortos legales (no punibles). Establece que hay tres situaciones donde la interrupción del embarazo es legal, si el embarazo es producto de una violación (una relación no consentida o bajo presión, incluso dentro de un noviazgo o matrimonio), si el embarazo pone en riesgo su salud (física, psíquica y/o social), o si el embarazo pone en riesgo su vida. En estos casos el aborto está permitido por la ley y debe ser garantizado por los servicios de salud sin necesidad de denuncia ni de autorización judicial, como lo indica el fallo F.A.L.⁶ de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de marzo de 2012. En el caso de niñas y adolescentes, la regla en materia de capacidad para el ejercicio del derecho a la ILE⁷ surge del art. 4 de la Ley N° 25673, de creación del PNSSyPR, y su Decreto Reglamentario, en conjunto con el art. 921 del Código Civil, que reconoce discernimiento a las personas desde los 14 años; todo esto en concordancia con la Ley N° 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley 26743 (2012) Ley de Identidad de Género. Establece que todas las personas tienen derecho a ser reconocidas, tratadas e inscriptas en sus documentos personales de acuerdo a su identidad de género. Además, dispone el acceso gratuito a la salud integral, que incluye todas las prácticas que las personas trans deseen realizar entre ellas-hormonización y cirugías de modificación corporal parciales o totales, en todo el sistema de salud, tanto público como privado.
- Ley 26862 (2013) Fertilización asistida. Establece el acceso a prestaciones de reproducción medicamente asistidas a todas las personas mayores de edad, cualquiera sea

⁶El fallo "FAL" es una sentencia de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que obliga a los estados provinciales a garantizar la interrupción del embarazo cuando este es producto de una violación.

⁷ILE: Interrupción Legal del Embarazo.

su orientación sexual o estado civil. La cobertura debe ser gratuita en hospitales públicos, obras sociales y prepagas.

- Resoluciones 1507, 1508 y 1509 (2015) del Ministerio de Salud de la Nación, Donación de sangre. Eliminan la prohibición y/o impedimento para donar sangre según la orientación sexual y/o la identidad de género de las personas.
- Artículo 26 del Código Civil y Comercial (2015)⁸ sobre el régimen legal para el consentimiento autónomo en el cuidado del propio cuerpo. En el caso de niños/as hasta 13 años, brindan su consentimiento con asistencia y debe considerarse el interés superior y su autonomía progresiva. En el caso de adolescentes de 13 a 16 años, pueden consentir toda práctica que no implique riesgo grave para su salud o su vida, como lo aclara la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación. En el caso de adolescentes a partir de los 16 años, tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta.

Sumado a estos avances normativos, en el año 2019 se sancionó la ley Micaela:

- Ley 27499 (2019) Ley Micaela Capacitación en Género y Violencia contra las mujeres. Establece la capacitación obligatoria en los temas de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que trabajan en la función pública, especialmente en los poderes del Estado.

1.2.3 Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva

En el año 2010, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable formuló un documento de trabajo que consiste en una propuesta de diseño, organización e implementación de las Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva, promoviendo su creación en los servicios públicos de salud de todo el país (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018).

Estas consejerías consisten en un espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, son espacios de atención personalizado donde diferentes ejes temáticos son abordados. Por ejemplo: anticoncepción, ciclo menstrual, situaciones de vulnerabilidad de las personas en relación a sus vínculos, entre otros.

⁸ El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación presenta grandes cambios respecto a la idea de niñez y adolescencia como a la de su participación en el ejercicio de sus derechos.

Tiene como objetivo fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva.

El rol del equipo de salud en estas consejerías es el de generar un espacio favorable para que los/as usuarios/as puedan plantear sus dudas, deseos y necesidades en torno a los temas de salud ligados a la sexualidad y reproducción. Para esto es necesario espacios de capacitación profesional a nivel individual y colectivo.

Parte de un modelo de atención diferente al modelo tradicional que se centra en el aspecto biológico, donde la dimensión social y la dimensión subjetiva generalmente son excluidas, y hay una gran hegemonía de la medicina. El modelo de las consejerías se basa en un criterio de atención de clínica ampliada, lo que consiste en una atención centrada en las personas, donde el problema de la salud es parte de su existencia.

1.3 Derechos sexuales y derechos reproductivos en la provincia de Entre Ríos

La República Argentina es un país jurídicamente federal que tiene 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.). En virtud del régimen federal, cada provincia tiene derecho a dictarse sus propias normas jurídicas, sus propias Constituciones y leyes, que deben ser coherentes con los principios y valores prescriptos en la Constitución Nacional y en los Instrumentos de Derechos Humanos de igual jerarquía incorporados a ella.

Respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos siguiendo a Blando (2014), sólo dos provincias, Entre Ríos y Neuquén, y CABA, reconocen expresamente en sus constituciones provinciales, los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos básicos.

La Constitución de la provincia de Entre Ríos fue reformada en el año 2008 reemplazando la Constitución de 1933, donde se plasmaron cambios sociales. En una de las secciones se incorporaron nuevos derechos como derecho a la vida, a la libertad y pensamiento, a la identidad personal, a la diversidad, pluralismo e igualdad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

1.3.1 Leyes provinciales

En julio de 2003 la Legislatura de la Provincia de Entre Ríos sancionó la Ley N° 9501 de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual que adhiere a Ley Nacional N° 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Características principales de algunos de sus artículos:

Artículo 1. Plantea la creación del Sistema Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual dependiente de la Secretaria de Estado de Salud de la Provincia.

Artículo 2. Señala los objetivos de dicho Sistema que consisten básicamente en garantizar la gratuidad del servicio a toda persona en especial a varones y mujeres en edad fértil, el derecho a decidir responsablemente sobre sus pautas de reproducción asegurando el acceso a la información procreativa en forma integral y la educación sexual en todos los ámbitos, haciendo énfasis en orientar e informar a la población sobre el ejercicio de la sexualidad con perspectiva de género.

Artículo 4. Se basa en la Educación Sexual, comprometiendo al Consejo General de Educación en el diseño e implementación de políticas de educación sexual y la garantía de recursos, financiamiento y formación docente con perspectiva de género en todos los niveles educativos.

Artículo 5. Hace referencia a las acciones que deberá realizar la Secretaria de Estado de Salud de la Provincia a través del Área Materno Infanto Juvenil para dar cumplimiento a los objetivos de la ley, por ejemplo capacitación de profesionales y divulgación de temas relacionados a la sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual, procreación responsable, etc.

Otras leyes provinciales y/o adhesiones a leyes nacionales relacionadas:

- En 2004 la provincia sancionó la Ley N° 9572 que se encuentra dentro del marco de la Ley Nacional N° 23798 de declaración de Interés Nacional de Lucha contra el SIDA, (adhesión por Decreto N° 4369/91 en la Provincia de Entre Ríos), ratificando todo su contenido y resaltando el valor de la educación de la población y de las medidas tendientes a evitar la propagación de la enfermedad.
- En el año 2008 se sancionó la Ley N° 9861 de “Protección Integral de los Derechos del Niño, Niña, el Adolescente y la Familia” que adhiere a la Ley Nacional N° 26061.

- En el año 2012 se sancionó la Ley N° 10058 “Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollan sus relaciones interpersonales” que adhiere a la Ley Nacional N° 26485. En sintonía con dicha ley, también adhirió a la Ley Nacional N° 27499 Ley Micaela.
- La provincia adhirió a la Ley Nacional N° 26529 “Derechos del Paciente, historia clínica y consentimiento informado”.
- También adhirió a la Ley Nacional N° 26618 “Matrimonio Igualitario”.
- A partir de la Ley Provincial N° 10509 funciona el Área Provincial de Políticas de Identidad de Género y Diversidad Sexual en el marco de la Ley Nacional N° 26743 “Identidad de Género”.
- Otro avance muy importante en materia de derechos tuvo lugar en agosto de 2017 cuando el Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos, mediante Resolución 2383 y 3616/17 ha actualizado el “Protocolo para la atención Integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”- ILE -, adhiriendo al Protocolo Nacional elaborado en 2015, que respeta el Código Penal Art. 86, el fallo FAL de la Corte Suprema de la Nación, y las disposiciones del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. El Protocolo Provincial, puntualiza en sus Considerandos “la necesidad de normalizar los instrumentos que garanticen el derecho a la salud de las mujeres que eviten que se pongan en riesgo numerosos derechos humanos como la igualdad, la autodeterminación, la privacidad, el principio de legalidad y la no discriminación, con el objeto de brindar atención integral y oportuna en el marco de la confidencialidad y el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos”.

1.3.1 Programas provinciales

En términos de política pública, y enmarcada en la Ley provincial N° 9501, en la Provincia de Entre Ríos se diseñó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva que siguiendo lo expuesto por el Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales⁹ (SIEMPRO) (2019), a partir del año 2010 comenzó una etapa de consolidación en los efectores de salud dependientes de la Provincia, garantizando la provisión de métodos anticonceptivos, las consejerías en salud sexual y reproductiva en

⁹ Dirección Nacional del Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) tiene como objetivo principal establecer sistemas de información, evaluación y monitoreo de los planes, programas y servicios sociales que se implementan desde los distintos niveles del Estado.

las salas de espera y consultorios de ginecología y de salud integral en adolescencias; y la atención de la salud sexual y reproductiva de las personas del colectivo LGBTI. Se apuesta a la construcción de un modelo de gestión sustentado en la perspectiva de derechos y la equidad de género, asegurando el acceso universal al derecho a la salud sexual y reproductiva de todas las personas.

Objetivos del programa:

- Promover los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas en la provincia de Entre Ríos.
- Promover el auto cuidado de la salud en las mujeres en edad fértil, favoreciendo el ejercicio de una sexualidad plena y responsable, evitando el embarazo no deseado, el embarazo de riesgo, el aborto y propiciando el intervalo intergenésico de dos años o más.
- Implementar la provisión de métodos anticonceptivos para toda la población.
- Contribuir a las acciones de prevención, detección y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, del VIH/SIDA, de las patologías del aparato genital y mamario.
- Educar para la salud sexual y reproductiva a toda la población bajo programa, poniendo especial énfasis en la cobertura de la población en edad reproductiva.
- Implementar estrategias de comunicación para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- Fortalecer a los equipos de salud con la capacitación continua en temáticas como: violencias, acceso a la interrupción legal de embarazo, embarazo no planificado en la adolescencia, problemáticas específicas de la población trans (SIEMPRO, 2019).

Resulta interesante mencionar que tanto las Consejerías en salud sexual y salud reproductiva implementadas por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable como el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, para luego observar y analizar cómo es la situación al respecto en la ciudad de Concepción del Uruguay, concretamente en el Hospital Justo José de Urquiza, si se encuentran instalados de tal manera o existen otros espacios que trabajan sobre en el tema.

1.4 Enfoque de derechos y perspectiva de género en la atención de la salud sexual y salud reproductiva

La salud sexual y salud reproductiva de las personas, como las intervenciones pertinentes, están influidas por un entorno cultural, socioeconómico, geopolítico y

jurídico. Estos factores, es decir, la realidad de los entornos también afecta a la eficacia y los efectos de las intervenciones sanitarias.

Siguiendo lo expuesto por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2018), los logros alcanzados a nivel nacional y provincial en materia de derechos presentan nuevos desafíos para los equipos de salud. La ampliación en la atención de la salud sexual y salud reproductiva visibiliza la existencia de problemáticas complejas en la vida de las personas, como situaciones de violencia y de vulneración de derechos, que obligan a los equipos de salud a crear estrategias para dar respuestas. Cuando se reconoce que los problemas sociales son interdependientes se torna una condición necesaria la coordinación de diversas intervenciones de las diferentes especificidades, resultando fundamental el trabajo interdisciplinario para lograr un abordaje integral de cada situación.

En la sociedad, la mujer está ligada a la maternidad por la apelación a su función de cuidadora familiar. Las políticas sanitarias han encasillado a las mujeres en el rol materno, excluyendo a los varones de la atención de los servicios de salud. Extender la mirada acerca de la mujer, pensándola más allá de su condición de madre, es uno de los desafíos de los equipos de salud.

Por ello es preciso que estos equipos intervengan desde una perspectiva de género y enfoque de derechos para incluir la subjetividad, el contexto social, y de esta manera abordar a cada persona desde su singularidad.

En cuanto a la perspectiva de género, busca examinar cómo influye el género en las oportunidades de las personas y en sus roles sociales, ya que el género es una construcción cultural que señala lo que es “propio” de lo masculino y de lo femenino a partir del sexo biológico, e influye en todas las relaciones sociales. Pretende desnaturalizar el carácter jerárquico atribuido a los géneros, y mostrar que los modelos varón-mujer, así como la heterosexualidad son construcciones sociales, culturales que especifican lo que cada persona debe hacer de acuerdo al lugar que la sociedad le atribuye a su género.

Es importante tener en cuenta estas desigualdades ya que están naturalizadas y dejan en situación de vulnerabilidad a las mujeres y a las personas con orientaciones sexuales e identidades disidentes dificultando su autonomía y posibilidades de autodeterminación.

Retomando a Levin (2014), esta perspectiva enfatiza en eliminar las diferencias entre varones y mujeres, pero cabe aclarar que no se considera que sean lo mismo o iguales, sino pares como sujetos de derechos, en las responsabilidades, y desempeño en el orden político, económico, social y cultural.

Respecto al enfoque de derechos, concibe a las personas como protagonistas de su propio desarrollo, más que como beneficiarias pasivas, por eso busca dotar a las personas, especialmente a las más desfavorecidas y vulnerables, de poder, capacidades y acceso a los recursos que les permitan exigir sus derechos. Este enfoque considera a cada persona como sujeto integral (bio-psico-social), como un sujeto concreto y particular, para lo que plantea la necesidad de tener en cuenta la diversidad social.

Cunill Grau (2010), sostiene que dicho enfoque es fundamental para el empoderamiento social, bajo el cual la reducción de la pobreza es una obligación del Estado, por eso se relaciona con la universalidad de la provisión de derechos para toda la población, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas sin excepción alguna, debe ser una obligación jurídica y social.

Comprender a las personas como sujetos con derechos implica reconocer que están insertas en un contexto que genera desigualdades en la posibilidad de ejercer los derechos, entre ellos los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Como señala Pignatta (2014), tanto el enfoque de derechos como la perspectiva de género, colocan a las desigualdades existentes en el centro de la escena y conllevan a pensar un abordaje que parte del reconocimiento de sujetos políticos pares en derechos para avanzar en su equidad en aspectos sociales, económicos y culturales.

CAPITULO II

Adolescentes: de objetos de tutelaje a sujetos de derechos.

Leyes y programas nacionales y provinciales

2.1 Abordando la adolescencia

Margulis (2004), señala que la adolescencia tiene su base en características relacionadas al cambio y maduración corporal, pero no consiste solamente en la madurez del cuerpo, sino también del ser humano en su respectivo marco social.

Las formas en que se experimenta la adolescencia están profundamente influidas y condicionadas por la cultura, la época, el género y la diferenciación social. Cada sociedad, cada época, cada sector social, construye las formas culturales e institucionales que inciden en esta etapa. No viven su adolescencia de igual manera varones o mujeres y la condición de clase es de gran incidencia.

Siguiendo a Saraví (2004), dentro de la población adolescente hay subgrupos, uno de los más vulnerables está constituido por los/as adolescentes que no participan en el sistema de educación formal ni en el mercado de trabajo, es decir, que permanecen al margen de algunas de las instituciones primordiales de socialización e integración social durante esta fase de su vida. Puede entenderse que estos aspectos conllevan una vulneración de derechos.

Aquellas personas y/o grupos que, por razón de su edad, género, condiciones económicas, sociales, materiales, étnicas y/o culturales encuentran dificultades para ejercitar con plenitud el acceso a la ciudadanía se consideran en situación de vulnerabilidad.

La etapa de la adolescencia es muy importante para el desarrollo de las personas, por esto, los/as adolescentes necesitan de sistemas sociales que los/as apoyen; pero estos sistemas de apoyo social suelen ser deficientes, y esta deficiencia se incrementa en zonas de mayor carencia económica, donde sufren una doble exclusión por ser adolescentes y por provenir de sectores vulnerables (Saravi, 2004).

Checa (2005), sostiene que durante esta etapa la definición de la identidad de género es clave, y si bien los estereotipos fueron cambiando en las últimas décadas, todavía se mantienen modelos patriarcales adjudicándole al varón una sexualidad activa,

independiente, heterosexual y el rol de proveedor, sostén económico de la familia. Por el contrario, en las mujeres la expectativa se centra en una sexualidad deserotizada y organizada para la reproducción, desde la infancia las mujeres están prefiguradas para la procreación, los cuidados maternos y la satisfacción de los deseos sexuales y requerimientos masculinos.

En relación a ello, la maternidad se presenta prácticamente como la única vía de afirmación y realización personal para las mujeres, sobre todo las que pertenecen a los sectores más vulnerables, por diferentes determinantes sociales que afectan a las adolescentes e impactan en su salud sexual y salud reproductiva. Por ejemplo, el acceso a la educación y a los servicios de salud, las posibilidades para lograr mayor autonomía y para tomar decisiones, las oportunidades laborales y la garantía de derechos (Brizuela y otros, 2014).

De esta manera, retomando a Levin (2010), los derechos reproductivos se relacionan con los problemas de justicia social, es decir, con las circunstancias que inciden en las condiciones materiales y oportunidades de vida.

Resulta oportuno señalar respecto de la sexualidad que las mujeres suelen ser las que tienen mayores comportamientos de cuidado que los varones, y que la errónea administración de los métodos anticonceptivos es frecuente en la adolescencia e incide en aspectos ligados con la salud reproductiva, como embarazos y abortos. Siguiendo a Checa (2005), varias de las investigaciones sobre sexualidad adolescente dan cuenta de la disociación entre conocimiento/información y prácticas anticonceptivas regulares y seguras.

La escasa promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la discriminación por edad, género y orientación sexual, la falta de oportunidades de educación y trabajo; estos factores conforman un entramado que ubica a la población adolescente como uno de los grupos de alta vulnerabilidad (Checa, 2005).

2.2 Los derechos de la adolescencia en Argentina

A partir de la década de 1940 con la presidencia de Perón, se comenzó a hacer hincapié en la universalización de los derechos. Desde este periodo se produjo un giro respecto de la niñez y adolescencia ya que, retomando a Carli (2000), niños/as y

adolescentes no solo comienzan a ser tenidos/as en cuenta en las acciones del Estado sino que al mismo tiempo se los/as postula como protagonistas, especialmente concibiéndolos/as como actores fundamentales del futuro de la nación. De este modo, las políticas orientadas a esta población bajo la bandera de lucha por la justicia social, pueden situarse como un antecedente directo de los derechos de los/as niños/as y adolescentes que fueron plasmados luego en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN).

El periodo que transcurrió desde el derrocamiento de Perón hasta la restauración de la democracia, se caracterizó por la alternancia de gobiernos de facto y democracias débiles, lo que produjo que los derechos alcanzados hasta el momento se encontraran en jaque.

En el año 1989 es aprobada la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño que introduce un cambio paradigmático al reconocer a los/as niños/as y adolescentes como sujetos titulares de derechos, al año siguiente se la sanciona con fuerza de ley¹⁰ en Argentina, y adquiere rango constitucional en la reforma de 1994 junto a otros Tratados Internacionales de Derechos Humanos. Y si bien ello fue entendido como un avance en lo que respecta a la niñez y adolescencia, el debate sobre los derechos de la niñez se reinstala en un momento en el que las instituciones estatales que apuntaban a promover la justicia social estaban en retroceso frente al avance de las políticas de mercado, lo que limitaba el cumplimiento efectivo de esos derechos (López, 2012).

En 1990 se trataba de un escenario contradictorio, por un lado el país adhería a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, pero esto no implicaba el mejoramiento de las condiciones de vida de la niñez y la adolescencia (Lazaro, 2016).

Fue en el año 2005, con la presidencia de Néstor Kirchner, que se sancionó la Ley Nacional N° 26061 de “Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, constituyéndose como el cumplimiento a nivel nacional de los fundamentos de la Convención (Lazaro, 2016).

Entre la adscripción de la Argentina a la CDN y la sanción de la Ley N° 26061 pasaron 15 años de intensos debates entre diversos actores interesados en la infancia y adolescencia, entre los cuales se destacan organizaciones internacionales como UNICEF,

¹⁰ Ley N° 23849.

fundaciones, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), sindicatos, académicos, juristas, integrantes de la Justicia, legisladores, funcionarios, la Iglesia católica y otros credos (López, 2012).

La fuerte defensa de los derechos humanos impulsada por la nueva gestión generó un marco propicio para avanzar en la sanción de dicha ley que significó un cambio en materia de niñez y adolescencia. Pero cabe mencionar que no consistió en un cambio concreto y preciso, sino un proceso gradual, donde hablar de sujetos de derechos no implica que las prácticas lo demuestren en su totalidad.

2.2.1 Marco legislativo nacional

El marco legislativo de los derechos de los/as niños, niñas y adolescentes como ya fue mencionado, está dado por la Convención Internacional sobre los Derechos del niño (CDN) ratificada por la Argentina en 1990 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994 mediante la Ley N° 23849, y por la Ley N° 26061.

Como señala Unicef (2017), la CDN propone un enfoque de protección integral de derechos de este grupo poblacional. Esto implica un pasaje del paradigma tutelar que entiende a los/as niños, niñas y adolescentes como incapaces y, por tanto, objeto de tutela estatal, hacia un paradigma en el que se los/as entiende como sujetos de derechos y que pone el foco en su desarrollo integral teniendo como pilar el interés superior del niño.

Habiendo suscripto y ratificado la CDN, el Estado argentino asumió el compromiso de ofrecer condiciones para el ejercicio pleno de todos los derechos de esta población. Para ello se sancionaron leyes nacionales y provinciales y se encomendó a distintos organismos el establecimiento de sistemas integrales de protección a escala nacional, provincial y local.

La Ley N° 26061 de “Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, establece todos los derechos de los/as niñas, niños y adolescentes y responsabiliza al Estado por su garantía y cumplimiento. Esta ley determina la obligatoriedad de brindarles atención interdisciplinaria e interinstitucional que vincule el derecho a la salud con la satisfacción de otros derechos como la educación, la vivienda, el medio ambiente sano, el acceso a la información y la libertad de pensamiento y expresión. El Decreto 415/2006 que la reglamenta, explicita además que “el derecho a la

atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva”.

Según el observatorio del Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (SIPROID), en este conjunto de normas, la participación de los/as niños, niñas y adolescentes (NNA) se expresa como el derecho a ser oído/a, a expresar su opinión y a que sea tenida en cuenta, a tener sus propias ideas, a jugar y tener actividades culturales y artísticas, a recibir y difundir informaciones, a tener libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, a tener libertad de asociación y de reunión, a recurrir cualquier decisión que los/as afecte, a ser un/a ciudadano/a activo/a y formarse para la convivencia democrática.

Los conceptos de infancia y adolescencia no siempre estuvieron definidos de esta manera. El viejo Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) mantenía ideas muy diferentes a las que actualmente establece el paradigma de los Derechos Humanos del nuevo CCyC, ya que avanza al distinguir entre niños/as y adolescentes, siendo niños/as las personas menores de 13 años de edad, y adolescentes las que tienen entre 13 y 18 años de edad.

En el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, el principio superior es la capacidad y la incapacidad es la excepción. En el caso de los/as NNA, su capacidad/incapacidad en el ejercicio de derechos es en función de su edad. Es decir, el CCyC plantea que si bien los/as NNA ejercen sus derechos a través de sus representantes legales (padres, madres, tutores), los/as mismos/as pueden ejercer por sí los actos que les son permitidos, si tienen edad suficiente.

2.2.2 Programas nacionales

En términos de política pública en salud para la adolescencia, el actor a nivel nacional es el “Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia” (PNSIA), otros dos programas importantes son el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y, en términos de cobertura y definición de prestaciones, el Programa SUMAR (Unicef, 2017).

Siguiendo a Unicef (2017), en el año 2007 se creó el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) del Ministerio de Salud de la Nación, dicho programa enmarca sus acciones en la CDN, en la ley de Protección Integral de Derechos

de Niñas, Niños y Adolescentes, en la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, en la ley de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado y el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación.

Se estableció como función del PNSIA el apoyo técnico a la elaboración, desarrollo y monitoreo de los programas provinciales y de la CABA, a través de actividades de capacitación según las necesidades de las diferentes jurisdicciones; asesoría técnica; la creación de una red de instituciones de atención integral de adolescentes; el apoyo a la creación y/o fortalecimiento de servicios de atención de la salud integral de adolescentes de cada jurisdicción (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Desde su creación realiza distintas acciones, por ejemplo algunas de ellas son:

-Capacitaciones y actualizaciones teóricas a equipos de salud: derechos de adolescentes en la atención de la salud, actualización en métodos anticonceptivos para pediatras, toco-ginecólogos/as, obstétricos/as y generalistas, masculinidades, adolescencia y salud, capacitación en prevención embarazo adolescente.

-Capacitaciones en servicio- pasantías/intercambios horizontales: se realizan convenios con hospitales que cuentan con servicios de adolescencia. Designan equipos de capacitadores con competencia técnica que se trasladan a otros servicios para colaborar con la identificación de problemas en las prácticas. Al mismo tiempo estos hospitales reciben profesionales como pasantes en sus servicios.

El PNSIA parte de un enfoque de la salud integral de los/as adolescentes y de los determinantes sociales que influyen. Desde esta perspectiva la salud no se considera solo un concepto médico sino también social y cultural.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable como ya fue abordado en el capítulo anterior, cuenta entre sus objetivos el de “promover la salud sexual de los/as adolescentes”. Se encomienda al Ministerio de Salud orientar y asesorar técnicamente a los programas provinciales que adhieran al programa nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación. Asimismo, deberán implementar acciones

tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial con el fin de mejorar la satisfacción de la demanda.

El Programa SUMAR es una ampliación del Plan Nacer iniciado en 2004 y actualmente brinda cobertura a la población materno-infantil, niñas, niños y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años. Entre sus objetivos sanitarios se enuncia el de “profundizar el cuidado de la salud de los/as niños/as en toda la etapa escolar y durante la adolescencia” (Unicef, 2017).

2.3 Los derechos de la adolescencia en la provincia de Entre Ríos

En septiembre de 2008 la Legislatura de Entre Ríos sancionó la Ley N° 9861 de “Protección Integral de los Derechos del Niño, el Adolescente y la Familia” que adhiere a la Ley Nacional N° 26061.

De esta manera la provincia de Entre Ríos adhiere al compromiso asumido por el Estado Nacional en la protección de los derechos humanos de los/as niños/as y adolescentes, a través del diseño y ejecución de políticas públicas y medidas de protección que reconozcan el protagonismo esencial de los/as niños/as, adolescentes y su familia y promuevan el efectivo respeto y satisfacción de sus derechos.

La Ley N° 9861 expresa entre sus artículos:

- Incorporar la perspectiva de derechos en la atención y asistencia de los/as niños/as, adolescentes y sus familias.
- Profundizar el diseño, la planificación y la ejecución de políticas públicas para la niñez y adolescencia en clave de derechos humanos, promoviendo la construcción de ciudadanía y la inclusión social para los/as niños/as, adolescentes y familias de la provincia.
- Otorgar sustentabilidad al proceso de descentralización de programas y recursos para la atención de la infancia, la adolescencia y la familia y promover la gestión asociada y co-responsable entre el Estado Nacional, Provincial y Municipal, en sus diferentes áreas y las organizaciones de la sociedad civil.

Los principios de protección integral que se consagran en dicha ley son el principio de no discriminación, el del interés superior del niño y su respectiva garantía de

prioridad, el principio de efectividad, el principio de corresponsabilidad y participación comunitaria. También se definen en su contenido los derechos que se reconocen a los/as niños/as y adolescentes: vida y salud, libertad, identidad, intimidad, convivencia familiar y comunitaria, formación y desarrollo integral (cuidado, alimentación, educación, cultura, deporte, recreación) y protección en el trabajo, proclamando su reconocimiento y estableciendo acciones y garantías concretas para su protección, teniendo en cuenta las particularidades de cada etapa del desarrollo infanto-juvenil.

En este marco, el derecho de los/as NNA a vivir con su familia y el derecho a ser oídos/as se constituyen en presupuestos centrales del nuevo modelo cuya observancia compromete la práctica institucional con la incorporación de mecanismos que garanticen efectivamente la participación de los/as niños/as y adolescentes previo a la adopción de cualquier medida que verse sobre sus derechos y el diseño de políticas públicas que promuevan el rol protagónico de ellos/as y su familia.

2.3.1 Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia (COPNAF)

Se considera necesario hacer referencia al COPNAF, ya que es el organismo rector en la materia. Tiene entre sus objetivos adecuar las estructuras a los nuevos paradigmas de atención a la niñez y adolescencia, garantizando el pleno ejercicio de la ciudadanía y los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, la normativa nacional y provincial.

Enfatiza en el rol de la familia como el referente social primario para el desarrollo de los planes y programas. También apunta a fomentar el protagonismo de la sociedad civil promoviendo la participación de la familia y de organizaciones de base en la operatoria de los programas, creando una Red Primaria de Centros y Entidades Comunitarias dedicados a la promoción y la protección de los derechos de la niñez, la adolescencia y la familia.

El COPNAF ubica en cada departamento de la provincia una delegación zonal. La intención es procurar una necesaria descentralización de las políticas y acciones que se establezcan desde el Consejo.

2.3.2 Programas provinciales

El Programa Nacional trabaja en conjunto con los distintos programas provinciales de Salud Integral en la Adolescencia. Son ellos quienes coordinan,

supervisan y llevan a cabo las distintas actividades que se realizan en la provincia, como capacitaciones, encuentro de jóvenes, articulación con los demás programas provinciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Retomando la Guía de Programas Sociales de la Provincia de Entre Ríos formulada por SIEMPRO, en dicha provincia se creó el “Programa Provincial de Salud Integral de las y los Adolescentes” bajo la Dirección de Salud Materno Infanto Juvenil. Desde este programa se considera a la adolescencia como una etapa del desarrollo vital de los seres humanos que se caracteriza particularmente por cambios biológicos, psicológicos y sociales. Implica el paulatino abandono de la niñez e ingreso a la adultez, por lo cual se la considera una etapa de transición. Por ello, y debido a la intensidad de esas modificaciones, los/as adolescentes pueden encontrarse expuestos/as a situaciones que representen riesgos para su bienestar integral. Es así que en el transcurso de este proceso de cambio, el concepto de salud adquiere particular importancia. Desde este proyecto se considera a la salud como “la condición de armónico equilibrio funcional, físico y psíquico del individuo dinámicamente integrado en su ambiente natural y social”. Pensar el concepto de salud aplicado a la adolescencia implica considerarlo en términos de bienestar personal, construcción de autonomía, autoestima, entre otras. Promover, prevenir y atender integralmente la salud de los/as adolescentes involucra la construcción de un bienestar psicofísico que posibilite el desarrollo de sus potencialidades y promueva sus vínculos en un entorno continente, abordando cuestiones relativas al desarrollo biológico, psicológico y social.

Está dirigido a la población que tiene entre 10 y 19 años residentes en el territorio provincial, y a efectores provinciales y municipales de salud con los que se trabaja mancomunadamente.

Objetivos del programa:

- Mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes, promoviendo su crecimiento y desarrollo saludable a través de la intervención sobre factores condicionantes de los/as mismos/as, tales como la familia, la educación, el trabajo, los servicios de salud, las políticas de salud y la legislación vigente.
- Promover el desarrollo de una política intersectorial hacia la adolescencia, realizando acciones coordinadas con los demás sectores para favorecer la integración y la atención del uso racional de los recursos.

En cuanto a la modalidad de ejecución, el programa se sustenta en un marco de referencia que considera a las políticas, programas y proyectos de salud dirigidos a los/as adolescentes como espacios de oportunidad para el ejercicio pleno de los derechos y responsabilidades que incumben al Estado y la sociedad. En esta línea y entendiendo que el acceso a la salud es un Derecho Humano, el programa trabaja a través de equipos que prestan servicios destinados a los/as adolescentes, garantizando el derecho a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva, respetando el derecho de confidencialidad y contribuyendo a la construcción de autonomía de los/as adolescentes. Para ello busca estimular y fortalecer la articulación intersectorial y una activa participación social y comunitaria en el cuidado de la salud de esta población.

Puede observarse que tanto las leyes como los programas apuntan hacia un paradigma integral donde la dinámica de trabajo se plantea desde la interdisciplina, pero de todas maneras no hay claridad como esto se haría operativo.

En relación a ello, se considera necesario hacer referencia al Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y al Programa Provincial de Salud Integral de las y los Adolescentes, para conocer y reflejar la realidad existente en la ciudad de Concepción del Uruguay sobre la atención de la adolescencia, particularmente en el Hospital Justo José de Urquiza, si se encuentran institucionalizados formalmente dichos programas o hay obstáculos, brechas en su implementación.

2.4 Adolescentes y el sistema de salud

Partiendo de lo expuesto por, como se denominaba en su momento, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación en la “Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud” (2018), los cambios físicos, sociales y psíquicos que atraviesan los/as adolescentes, sumado al contexto particular en el que viven, generan situaciones singulares que deben ser abordadas de una manera específica. Es por ello que el abordaje integral e interdisciplinario y la articulación entre los distintos niveles de atención de la salud son imprescindibles.

Si bien el Estado está obligado a promover y garantizar la salud de los/as adolescentes de forma integral, es necesario hacer referencia a la existencia de barreras de acceso al sistema de salud de esta población, ya que muchas veces sucede que los/as

adolescentes no se acercan porque no lo perciben como accesible, pero también ocurre que los equipos de salud desconocen el marco legal que garantiza el acceso al derecho a la salud de esta población generándose límites de acceso, suele pasar que los/as adolescentes no conocen la existencia de espacios para la atención y ofertas que brindan, además de la persistencia de normativas paternalistas (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Los/as adolescentes son sujetos de derechos y no objetos de tutelaje, por eso es necesario que los equipos de salud conozcan el marco legal que garantiza el derecho a la salud de esta población. Este marco se sostiene en tres ejes principales:

- Interés superior del niño: cuando autoridades o adultos/as adopten decisiones con respecto a niñas, niños y adolescentes deberán hacer aquello que sea mejor para su desarrollo y bienestar. Los/as responsables tienen la función y el deber de ayudar a cumplir y ejercer los derechos que aún por inmadurez no pueden hacerlo por ellos/as mismos/as.
- Autonomía progresiva: el ejercicio de los derechos de los/as adolescentes es progresivo, en virtud de sus facultades.
- Confidencialidad: toda información relacionada con la consulta es privada y debe haber consentimiento informado.

A tres décadas de la Convención sobre los Derechos del Niño, los avances realizados han sido significativos, pero resultan insuficientes si se tiene en cuenta la existencia de niñas, niños y adolescentes que a lo largo del territorio nacional no pueden gozar del pleno ejercicio de sus derechos (López, 2012).

Puede decirse que se sigue avanzando en la construcción de un paradigma diferente respecto de la niñez y adolescencia que se evidencia en el pasaje del modelo tutelar al de protección integral de derechos; de la educación para pocos/as a la educación para todos/as; de una lógica de trabajo parcial y sectorial a un sistema integral y transversal. Asimismo, se pone de manifiesto la distancia entre el piso de derechos planteados por la CDN y el grado en que esos derechos se han ido concretando. Si bien esa distancia se ha reducido, la brecha sigue siendo importante, lo que indica que las desigualdades sociales persisten y que todavía hay mucho por hacer. Es decir, se reconoce un claro avance sobre los derechos de los/as NNA, sin embargo, la existencia de la normativa no necesariamente da cuenta de su aplicación.

Desde las políticas públicas puede afirmarse que existe una desatención de la problemática adolescente expresada en los discontinuos e insuficientes programas de prevención en educación sexual a cargo de efectores públicos de educación y salud, que pueden derivar en situaciones de riesgo para la salud de los/as adolescentes como embarazos involuntarios, abortos realizados en malas condiciones sanitarias, contagios de infecciones de transmisión sexual, lo que responde a la falta de acceso a servicios de salud y educación que les permitan tener el control de su cuerpo y su sexualidad (Checa, 2005).

Los/as niños/as y adolescentes conforman un grupo vulnerable respecto al poder de decisión dado el sistema paternalista y las relaciones patriarcales en las que están inmersos/as, que vulneran en forma distinta el cumplimiento y respeto de sus derechos.

Ante esto los equipos de salud son un actor fundamental para el respeto y garantía de los derechos de esta población, especialmente de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Retomando la “Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad” del Ministerio de Salud de la Nación y Sociedad Argentina de Pediatría (2010), un espacio o equipo de salud para adolescentes debe partir de un enfoque integral, esto refiere a la amplitud de abordaje de atención en los diferentes factores que los/as constituyen tanto biológicos como sociales y psicológicos. De esta manera se desprende la necesidad de llevar a cabo un trabajo interdisciplinario conformando equipos con diversas profesiones.

En consecuencia, resulta indispensable la inclusión de la perspectiva de género y enfoque de derechos en la atención y trabajo con adolescentes, para tener una comprensión adecuada de la salud, que se encuentra en íntima relación con otras desigualdades derivadas de la edad, la clase, el género, la orientación sexual, entre otras.

La incorporación del enfoque de derechos es la principal garantía de que el trabajo respeta la integridad de las personas, en tanto sujetos de derechos y protagonistas de su propia vida.

Cabe destacar que el análisis y la reflexión continua son de suma importancia ya que pueden ayudar a identificar que a pesar de tener la intención de trabajar desde un enfoque de derechos, muchas veces suele hacerse lo contrario, y puede ayudar también a identificar campos sobre los que es necesario actuar.

Trabajar desde la perspectiva de género implica también observar con atención las propias acciones para no reforzar estereotipos con mensajes, problematizar permanentemente los discursos de los/as demás, observar cuando se genera discriminación de género o cuando se producen desigualdades. A veces se cree que por ser sensibles al tema se está libre de los modelos hegemónicos, pero eso es poco posible ya que somos parte de una sociedad y cuando menos se lo espera se nos cuela un mensaje que contradice nuestro discurso.

Alojar a los/as adolescentes construyendo espacios donde se dé lugar a las expresiones subjetivas, acompañar y enfatizar en el conocimiento y concientización sobre sus derechos, especialmente los derechos sexuales y derechos reproductivos, además de brindar información y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos, son algunas entre varias de las diferentes acciones del equipo de salud que se vinculan con la posibilidad de ejercicio de dichos derechos.

CAPITULO III

Estudio de caso en la ciudad de Concepción del Uruguay: Integralidad e interdisciplina en el Equipo de atención integral adolescente y el rol del Trabajo Social

3.1 Niveles de atención del sistema de salud

El sistema de salud está compuesto por tres niveles de atención basados en las distintas complejidades. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización (Vignolo y otros, 2011).

- Primer nivel: Atención Primaria de la Salud (APS). Es el nivel básico inicial de atención, en el cual se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El centro de salud es el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria.
- Segundo Nivel: está compuesto por los hospitales que proveen atención programada o de urgencias, tanto en régimen de internación como ambulatorio y domiciliario. También realizan otras actividades como docencia e investigación.
- Tercer Nivel: está compuesto por los hospitales generales de agudos y centros de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y no traumáticos y de patologías agudas clínico quirúrgica.

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrareferencia. Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un/a paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

La contrareferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un/a paciente o el resultado de una

prueba diagnóstica al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario (Vignolo y otros, 2011).

3.2 Organización del sistema de salud de la provincia de Entre Ríos

En los últimos años, la provincia de Entre Ríos comenzó un proceso de regionalización del sistema de salud, que consiste en un proceso de organización de la red de servicios de salud a nivel territorial o local mediante la descentralización de las áreas geográficas determinadas, así como la concentración de las acciones de salud bajo un mando único y un mismo programa, con el fin de alcanzar condiciones superiores de salud al brindar la completa accesibilidad y total cobertura a la comunidad. Por medio de este proceso se decide la división político-administrativa a implementar, se establecen las nuevas fronteras internas para facilitar el ejercicio del poder y se adopta una administración pública descentralizada (Ministerio de Salud del Gobierno de Entre Ríos, 2017).

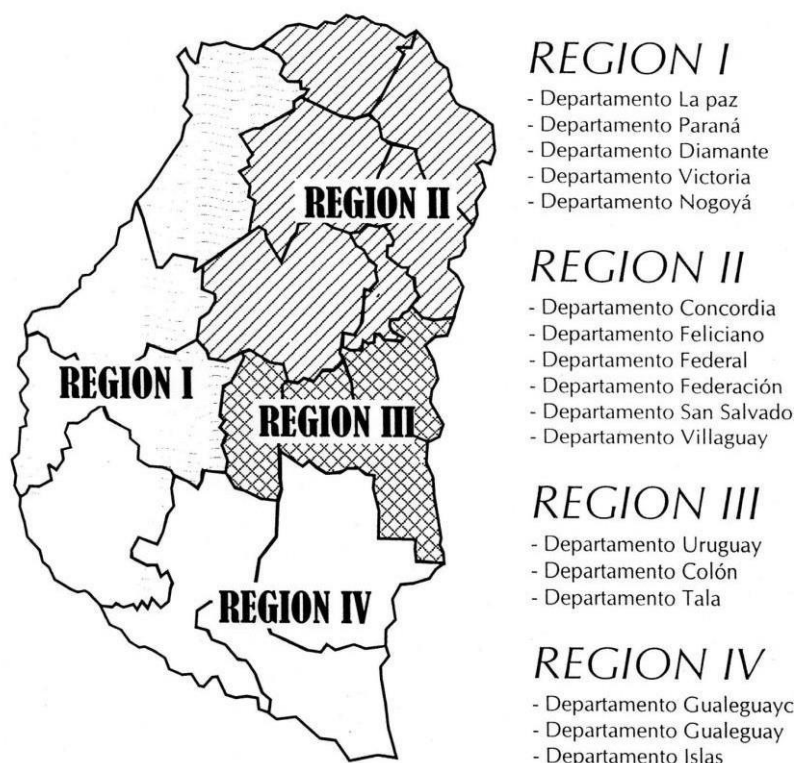
El principal objetivo de la regionalización pretende facilitar el proceso de descentralización de la salud, esto significa transferir poder a un lugar más cercano de donde las personas habitan.

A partir de este proceso la provincia se divide en cuatro regiones, cada cual con sus particularidades en cuanto a rasgos geográficos, sociales e históricos. Cada región se ubica en la ciudad más importante donde funcionan hospitales de mayor complejidad.

El Hospital Regional, es el hospital de cabecera de la región con máxima complejidad y nivel de resolución de la problemática de salud, éste recibe derivaciones de los hospitales intermedios. El Hospital intermedio se define como el de menor complejidad que el anterior, con capacidad de resolución de mediano y bajo riesgo.

Hablando del sistema de salud de la provincia de Entre Ríos puede señalarse que cuenta con 65 hospitales y 318 centros de salud provinciales y municipales que funcionan en la provincia. Como ya fue mencionado, este sistema se divide en cuatro regiones, las cuales están compuestas por varios departamentos. Dicha división se muestra del siguiente modo:

Gráfico 1: Regionalización de la salud de la provincia de Entre Ríos



Fuente: Ministerio de Salud del Gobierno de Entre Ríos (2017).

3.2.1 Historia y zona de influencia del Hospital Justo José de Urquiza de la ciudad de Concepción del Uruguay

En 1923 el presidente Marcelo T. de Alvear mediante un Decreto crea el Policlínico Regional del Litoral “Justo José de Urquiza” dependiente de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación. La construcción se inicia inmediatamente en el nordeste de la ciudad y el 4 de Abril de 1925 se coloca la Piedra Fundamental (Cieri, 2018).

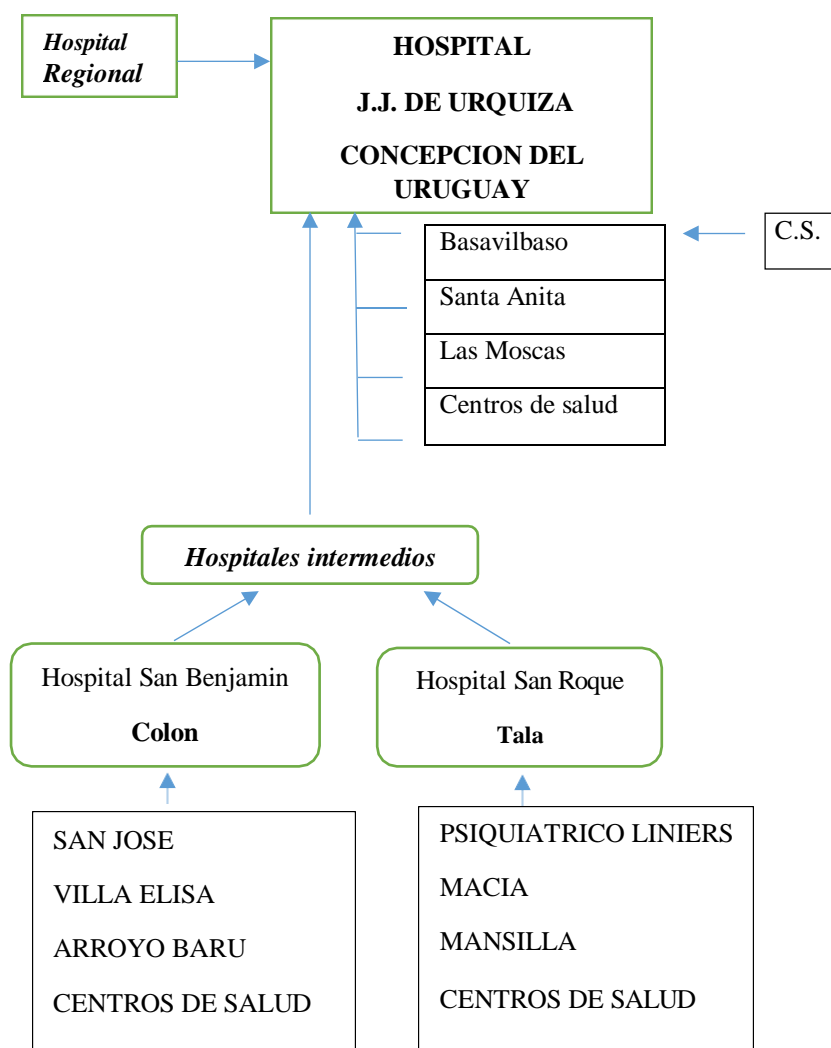
En el año 1928 ya estaba concluida la primera fase que comprendía siete pabellones. Su continuidad y el comienzo de la prestación de servicios se vio complicada por distintos obstáculos políticos (como el golpe de Estado que destituyó al presidente Yrigoyen) y económicos (como la crisis económica de 1930) pero logra ser inaugurado el 29 de noviembre y comienza a funcionar el 22 de diciembre de 1931.

En el año 2005 se construye el nuevo Hospital donde se debieron trasladar todos los servicios que se prestaban en el antiguo nosocomio (Cieri, 2018).

El Hospital Justo José de Urquiza dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, se encuentra en la ciudad de Concepción del Uruguay, y está ubicado aproximadamente a 500 metros del acceso a la ciudad, entre las intersecciones de las calles Uncal (al oeste), Víctor Rodríguez (al sur), 10 de Oeste Norte (al este) y Lorenzo Sartorio (al Norte).

Es el efector de mayor complejidad del departamento Uruguay, y es el establecimiento de referencia para la Región III (que nuclea a los departamentos de Colón, Uruguay y Tala). Dicha organización se agrega a continuación:

Gráfico 2: Referencia y contrareferencia del Hospital J. J de Urquiza



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Salud del Gobierno de Entre Ríos (2017).

El nosocomio cuenta con un equipo de trabajo de 881 personas y dispone de 144 camas. Dispone de los siguientes servicios y prestaciones: Clínica; Dermatología;

Neurología; Psiquiatría; Cirugía; Otorrinolaringología; Oftalmología; Ortopedia; Pediatría; Ginecología; Obstetricia; Neonatología; Guardia; Neumonología; Fonoaudiología; Psicología; Servicio Social; Odontología; Kinesiología; Nutrición; Guardia obstétrica.

Retomando lo trabajado en los capítulos anteriores sobre los programas formulados a nivel nacional y provincial tanto sobre salud sexual y salud reproductiva y adolescencia, resulta pertinente señalar una realidad existente en el Hospital J. J. de Urquiza. Si bien desde el Ministerio de Salud de la Nación se implementaron las Consejerías de salud sexual y salud reproductiva como se expone en el primer capítulo de este trabajo, estas deberían estar instaladas en los efectores públicos de salud de todo el país, pero la realidad es que no se encuentran en funcionamiento aun en dicho Hospital ni en las demás instituciones sanitarias de distinta complejidad de la ciudad de Concepción del Uruguay, como tampoco se encuentran instalados formalmente los programas sobre adolescencia mencionados en el segundo capítulo. En función de esto, las acciones relacionadas con la materia se llevan a cabo mediante otros espacios como es el Equipo de atención integral adolescente que funciona en el Hospital, el cual será desarrollado en el próximo apartado.

3.3 Integralidad e interdisciplina en el Equipo de atención integral adolescente

a) ¿Qué se entiende por integralidad e interdisciplina?

Antes de hablar específicamente del Equipo en cuestión se considera oportuno mencionar qué se entiende por integralidad e interdisciplina dado que será una de las modalidades de trabajo a analizar.

Si bien no hay un concepto unívoco sobre integralidad, ya que se la debe considerar aplicada a cada campo y equipo en particular, en líneas generales Travi (2017) sostiene que para dar respuestas a las problemáticas sociales complejas se requiere que los abordajes integrales tengan al menos las siguientes características básicas: territorialidad; interdisciplina en la formulación y en la ejecución; intersectorialidad entre distintos niveles y áreas del Estado y con organizaciones de la sociedad civil; simultaneidad en la ejecución de las acciones; continuidad en el tiempo, sinergia en el uso de recursos y en la consecución progresiva de resultados.

Un enfoque integral incluye y relaciona dinámicamente no sólo los aspectos económicos y materiales, sino también el entorno social (familiar, comunitario, institucional), los aspectos subjetivos, psicológicos (Travi, 2017).

Pensar la integralidad vinculada a la salud requiere definir previamente qué se entiende por esta última.

Como señalan Garzaniti y Romero (2018), puede decirse que el rasgo característico de la salud como fenómeno es su complejidad. La salud es determinada por procesos individuales y colectivos que lejos de ser excluyentes, son interdependientes.

La salud está vinculada, no exclusivamente con la prevención y el tratamiento o rehabilitación, sino también con la promoción del bienestar. Las prácticas en salud incluyen inherentemente una representación del/la sujeto y su contexto; por ello es que estas prácticas deben propender a la subjetivación, al hablar de subjetivación se hace lugar a la singularidad, y es desde allí que se puede empezar a hablar de un paradigma de derechos, y por lo tanto, de diversidad en las prácticas (Garzaniti y Romero, 2018).

Las condiciones de vida de la población presentan desafíos para los equipos de salud ya que ponen en escenario la necesidad de realizar abordajes con perspectivas integrales. Conferir a los equipos una orientación integral permite abordar demandas del contexto familiar y comunitario, recuperando así la singularidad de cada situación

Por lo tanto, para garantizar la integralidad de los abordajes se requiere de planificaciones que amolden la universalidad de los derechos con la singularidad de las situaciones.

Siguiendo a Titonelli Alvim (2013), la integralidad aplicada en el campo de salud propone la superación de la acción solamente circunscrita a sistemas aislados del cuerpo físico, cuya concepción mecanicista reduce el enfoque de la atención a la enfermedad sin tener en cuenta el contexto de la persona usuaria. Desde este enfoque se entiende a la salud en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no únicamente en términos biológicos.

Es decir, hay diferentes factores que influyen en la salud de las personas, donde únicamente el factor biológico se restringe a una intervención de la medicina, los demás implican otras áreas y disciplinas, se trata de intervenciones que requieren de equipos interdisciplinarios (Chiara y otros, 2015).

El trabajo interdisciplinario resulta imprescindible para lograr un abordaje integral de la salud. Para hablar de interdisciplina se torna necesario, primeramente, definir el término disciplina.

Chavero (2019) señala que la disciplina equivale a “principios, reglas y métodos característicos de una ciencia particular”. Una disciplina científica se distingue por un dominio de fenómenos que busca abordar, comprender, explicar. La delimitación de una porción/espacio de la realidad pasible de ser abordada por la investigación científica es un primer paso del establecimiento de una disciplina.

La interdisciplina consiste en la convergencia de múltiples puntos de vista para ampliar el espectro de observación y posibilitar el mutuo enriquecimiento de los abordajes unidisciplinares. Se entiende a la interdisciplina como un sistema abierto y en construcción permanente, que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes posibilitan la potenciación de los recursos y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades (Camargo, 2004).

Se define un abordaje interdisciplinario cuando se logra una equivalencia conceptual entre distintas disciplinas. La mirada integral es el objetivo que se propone una determinada forma de pensar la interdisciplina. Consiste en adjudicarle a la mirada que introduce cada disciplina un valor indispensable para construir una mirada totalizadora de la persona usuaria, es a partir de los recortes parciales que se intenta construir una visión integral. Siendo fundamental para lograrlo que las diferentes disciplinas adopten la posición en la cual cada una asume cierta falta de saber (Maciel, 2001).

Por lo tanto, la interdisciplina exige una gimnasia política cuyo fundamento consiste en la renuncia a toda posición dogmática. Sin cesión de saber, sin renuncia al narcisismo, no hay interdisciplina posible (Zabalza, 2005).

La interdisciplina es la construcción conceptual común de un problema y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar un equipo interdisciplinario requiere de actividades programadas, donde el tiempo dedicado ya sea en reuniones de discusión de casos, etc., debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo (Stolkiner, 1999).

b) Equipo de atención integral adolescente

Resulta necesario señalar que respecto al origen e historia del Equipo de atención integral adolescente no hay material documental disponible. Por lo tanto, es a partir de entrevistas realizadas a algunas de sus integrantes que se puede referenciar su surgimiento y modalidad de trabajo.

Puede así afirmarse que este equipo comenzó a formarse hace dos años y se encuentra compuesto actualmente por una médica generalista, dos psicólogas, una nutricionista, una ginecóloga, una obstetra, una odontóloga, una trabajadora social y un urólogo que participa de manera matricial. Siguiendo a Sousa Campos (1998), hay profesionales que se ubican en la línea de apoyo matricial, es decir, participan siempre que su trabajo fuese considerado necesario.

Sobre su surgimiento, la ginecóloga relata en la entrevista que el equipo no se formó a partir de ninguna política o programa. Si bien desde el Ministerio de Salud de la Nación y desde la provincia de Entre Ríos existen las distintas áreas de atención para adolescentes, refiere la entrevistada que este equipo surgió con el objetivo de atender una necesidad que observaba en la población adolescente que requería atención, por ello propuso la idea de conformar un equipo interdisciplinario para atender esa necesidad, ya que los/as adolescentes dejaban de atenderse con el/la pediatra y pasaban a atenderse con el/la médico/a clínico/a, pero rara vez los/as adolescentes tenían en cuenta la instancia de realizar una consulta con el/la ginecólogo/a y/o urólogo/a, y tampoco el hospital contaba con un espacio intermedio para el fragmento etario que está entre la niñez y la adultez, no se contaba con un espacio donde este grupo se sintiera atendido, escuchado.

“...No es un servicio porque no está digamos organizado desde la parte legal del hospital, porque según cuando lo solicitamos nos dijeron que no había cargos desde salud específicos para crear un servicio, así que hoy por hoy es un espacio de atención integral de adolescentes.

...Fue por interés propio y viendo la necesidad de tener un espacio justamente para ese grupo etario que no tenía ni la atención de la pediatría ni de adultos” (Ginecóloga, 2019).

Confirma de este modo lo afirmado precedentemente con relación a que las consejerías de salud sexual y salud reproductiva no se encuentran instrumentadas en

Concepción del Uruguay como política de Estado desde el Ministerio de Salud de la Provincia, existiendo en la actualidad dicho equipo sólo por el interés de algunas profesionales del Hospital Justo José de Urquiza.

A pesar de no contar con un instrumento legal que avale el accionar profesional de este equipo, ante la pregunta respecto de si contaban con el apoyo institucional o interés por parte de la dirección del Hospital para esta iniciativa, la ginecóloga afirma que existía entonces y existe aún interés por parte de las autoridades.

“Si, sisi, hay un apoyo, hay interés. De hecho este año estuvimos trabajando en capacitación, de provincia nos ofrecieron realizar una capacitación con capacitadores que venían de Buenos Aires, de CABA, del CeSAC 9 vinieron una ginecóloga, una médica generalista y una psicóloga, vinieron a compartir actividades con nosotros una semana donde organizaron actividades de talleres con alumnos y compartieron con nosotros los consultorios, asesorándonos también en cómo ir llevando adelante el equipo” (Ginecóloga, 2019).

En relación a la población adolescente usuaria, expresan las profesionales entrevistadas que requieren la atención de este equipo adolescentes que definen como tempranos/as de 13, 14 años, aunque el grupo que más demanda se ubica entre 15 y 18 años. Quienes acuden al equipo mayormente concurren acompañados/as por algún familiar, especialmente los/as adolescentes tempranos/as, y algunas adolescentes embarazadas lo hacen con sus parejas. Ante la pregunta sobre si los/as adolescentes que acuden a las consultas tienen hijos/as, la ginecóloga y la psicóloga responden que en general quienes consultan no tienen hijos/as. La obstetra señala que en el consultorio de embarazo adolescente, que forma parte del equipo, la mayoría de las adolescentes que ha atendido es su primer hijo/a, mientras que la trabajadora social sostiene que en las situaciones en las que ha intervenido los/as adolescentes ya tenían hijos/as.

“Por lo general al equipo adolescente es más sin hijos, pero a mí me pasa que cuando me llega a mí la situación que tiene que ver con la especificidad también, tiene que ver con alguna vulneración de derechos, por ahí hay niños de por medio, por ahí es menor de edad, tiene que ver con eso. Me ha tocado que la mayoría son madres muy jóvenes, estamos hablando de madres que tienen hasta cinco niños y por ahí tienen 20 años” (Trabajadora social, 2019).

Estos datos aportados por las profesionales reflejan que existe un legítimo interés por parte de la población adolescente a recibir asesoramiento sobre su salud sexual y salud reproductiva y consultar a profesionales de la salud sobre ello, marcándose de este modo la importancia de que el Hospital cuente con un equipo especializado en la temática para brindarles una atención acorde a su edad y necesidades.

Dentro de dicha población, las entrevistadas coinciden en que existe diversidad en lo que respecta a los recursos económicos, educativos, pero se diferencian en cuanto al predominio sobre si mayormente se encuentran escolarizados/as y/o trabajando.

“En nuestra historia clínica hay un tópico que habla de educación donde se le pregunta a la paciente si está estudiando, trabajando y en qué condiciones. La mayoría si estudia, hay un porcentaje mínimo que no, a las cuales nosotras por ahí tratamos de insistir con la escolaridad” (Ginecóloga, 2019).

“Mira la mayoría de lo que yo he visto dentro del equipo hay mucha vulneración de derechos, en relación a la salud, en relación a la educación, en relación a lo que tiene que ver con lo familiar también, hay muchos chicos que llegan muy solos y bueno hay que armar todo, todo, llegan muy desarmados en muchas cuestiones” (Trabajadora social, 2019).

En base a estas observaciones puede señalarse que gran parte de la población adolescente que concurre a consultar al Equipo de atención integral adolescente es una población que podría definirse como “vulnerable” ya que existiría desconocimiento de sus derechos y las posibilidades de armar estrategias que le permitan acceder a ellos.

Como se menciona en el capítulo anterior sobre los comportamientos de cuidado, las integrantes del equipo expresan que se halla estadísticamente comprobado que la consulta del varón adolescente es mucho menos frecuente que la consulta de la mujer, confirmando así los estándares instituidos socialmente en cuanto a que el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva siempre recae en la responsabilidad de las mujeres y no de los varones, ni de la pareja en general.

“...el varón adolescente la mayoría de las veces no consulta, no consulta porque se siente sano, no ve ninguna patología, en cambio la mujer ya sea por métodos anticonceptivos, como cuidarse, control obstétrico, control ginecológico de rutina, por eso se ve muchísimo más mujeres” (Ginecóloga, 2019).

Los motivos de consulta más habituales son sobre anticoncepción, a partir de lo cual desde el equipo profesional se trabaja para concientizar sobre una anticoncepción dual, tratando de que se logre comprender e internalizar que es la pareja la que se tiene que cuidar, enseñando a cada adolescente las distintas gamas de métodos anticonceptivos dándoles así la posibilidad de elegir conociendo los pro y los contra de cada método. Otra consulta habitual, señala la obstetra, se halla relacionada con la menstruación y la posibilidad de embarazo, lo que evidencia el desconocimiento de los/as adolescentes sobre el tema o la disociación como se señaló en el capítulo anterior entre conocimiento/información y prácticas anticonceptivas regulares y seguras, afirmándose de esta manera lo necesario que resulta el trabajo de difusión y asesoramiento sobre la temática por parte de un equipo profesional.

Puede plasmarse así que aunque existan las normativas a nivel nacional y provincial, la demanda que llega es a partir de una necesidad desatendida de manera formal por el sistema de salud, marcándose nuevamente la importancia de la existencia de un equipo interdisciplinario e integral sostenido por un instrumento legal que le otorgue formalidad y permita planificar acciones con certeza de continuidad, así como el trabajo de formación profesional desde un enfoque de derechos y perspectiva de género en las temáticas relacionadas con los/as adolescentes.

Modalidad de trabajo

En cuanto a la modalidad de trabajo se realiza de manera individual, organizada con turnos tanto para la médica generalista, la obstetra que atiende los días jueves en el consultorio para embarazo adolescente, ginecología, nutrición y psicología. Esto es así excepto en presentaciones espontáneas de urgencia y entonces son atendidos/as por la integrante del equipo que se encuentre en la institución. La consulta generalmente es con una sola profesional salvo que éstas consideren más conveniente la atención conjunta del equipo; asimismo por una cuestión organizativa las profesionales pertenecientes al campo de la medicina suelen ser las que derivan los/as adolescentes a las demás profesionales.

“...Cada una tiene su caso, se interconsulta en caso de ser necesario con el resto y tenemos nuestra reunión semanal de equipo donde se tratan los casos puntuales o también se trata de hacer una capacitación.

Según la problemática se comienza la atención integral, nutrición, psicología, ginecología. Entre todas tratamos de abarcar logrando la salud integral del adolescente,

entonces si yo veo una paciente que está en situación de vulnerabilidad ya hablo con la trabajadora social. Tratamos de que estén cubiertas todas las áreas” (Ginecóloga, 2019).

Semanalmente, los miércoles, todo el equipo o su mayoría, se reúnen para socializar el trabajo realizado en la semana, intercambiar información sobre algunas situaciones abordadas, y es en estos encuentros donde se decide hacer un seguimiento de ciertas situaciones que desde la evaluación y la mirada específica de cada profesional consideran que lo requieren. También en cada reunión se plasma en un acta lo trabajado y se plantean nuevos objetivos, propuestas o actividades por realizar.

“Y tratamos, tratamos de hacer un seguimiento por eso por ahí cuando logramos que intervengan todas las profesiones, la nutricionista, la médica, la ginecóloga nos avisamos “mira que no vino a mi espacio”, entonces tratamos de armar una red. La verdad es que no se hace en todos los casos, por ahí una va priorizando urgencias” (Psicóloga, 2019).

Debe mencionarse que también trabajan en red con otras instituciones como centros salud, habitualmente con el centro de salud Giacomotti donde funciona un equipo de obstetricia comunitaria que hace hincapié en la adolescencia. Dicho efector cuenta con un consultorio de hormonización, lo cual lo constituye en una institución central de referencia y derivación, sobre todo en situaciones relativas a la diversidad sexual y de género.

Se considera importante la concreción de este tipo de acciones, ya que da cuenta de cierta coordinación, la cual se convierte en un medio imprescindible para alcanzar la integralidad. Se entiende a la coordinación como un proceso mediante el cual se va generando sinergia entre las acciones y recursos de los actores institucionales involucrados (Chiara y otros, 2015).

Respecto de las leyes, programas, protocolos existentes sobre salud sexual, salud reproductiva y adolescencia, es decir, el marco legal y normativo a nivel nacional y provincial, las profesionales sostienen en las entrevistas que tienen conocimiento de dicha normativa y se basan en ella al momento de trabajar, además de realizar un proceso de formación profesional en la materia de manera continua ya sea compartiendo lecturas como participando de capacitaciones.

“Si, sisi esa es la idea, tenemos todos los protocolos de nación. Yo fui a hacer una capacitación hace un tiempito a Buenos Aires, desde el programa nacional de adolescencia me fui a rotar a Buenos Aires, y cuando fuimos al Ministerio de Nación me dieron un montón de bibliografía, me dieron guías, entonces yo las traje y la pasamos entre nosotras, la vamos leyendo para estar todas en la misma sintonía” (Obstetra, 2019).

“...Hace poco vino un equipo que está en Buenos Aires con un programa que es de nación y vinieron a capacitarnos al equipo de adolescencia digamos, y bueno contar un poco su modo de trabajar, está bien que eso es un centro de salud y esto es un hospital general, es otra lógica. Pero bueno hablaban un poco de las leyes como protección integral, género, autonomía progresiva de un adolescente, desde que edad puede decidir sobre su cuerpo, y bueno todas estas cuestiones que son miradas nuevas que aporta el código civil...” (Psicóloga, 2019).

En relación con las funciones del equipo relativas a la salud sexual y salud reproductiva consisten en brindar información, entrega de métodos anticonceptivos, control de embarazos, control ginecológico y también realizan charlas en distintas instituciones como escuelas, clubes, asociaciones.

“Nosotros ahora estamos organizando con el grupo para salir a las escuelas, a clubes a dar charlas sobre salud sexual y salud reproductiva, estamos armando todo eso para empezar a salir porque todo el tiempo te están pidiendo. Ahora nos pidieron de ASDCU¹¹ que demos una charla pero a los papás, sobre salud sexual, sobre el tema de abuso digamos, lo que hay que tener en cuenta, los signos de alarma, todas esas cosas vamos a ir a dar...” (Obstetra, 2019).

3.3.1 Algunas consideraciones

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente sobre integralidad e interdisciplina, puede evidenciarse en las entrevistas las diferencias de ideas y percepciones que tienen las profesionales al respecto, marcándose similitudes entre las profesiones más biológicas diferenciándose de las que son más afines con lo social.

Surge de las entrevistas realizadas que, tanto la ginecóloga como la obstetra consideran que sí trabajan de manera integral e interdisciplinaria y no creen que haya

¹¹ ASDCU: Asociación Síndrome de Down de Concepción del Uruguay.

cosas para modificar sino para sumar y seguir creciendo como equipo. Al contrario, la psicóloga y la trabajadora social sostienen:

“...Somos un equipo muy nuevo, me parece que falta todavía encontrarnos más y poder repensar por ahí cual es un motivo de derivación para otra especialidad, por qué, para qué, poder fundamentar y en eso me parece que todavía tenemos que trabajar, me parece a mí, soy bastante crítica digamos, todavía siento que falta consolidar un poco más, ya el hecho que en las reuniones semanales no podamos estar todas” (Psicóloga, 2019).

“Falta el trabajo interdisciplinario, no estamos teniendo. Yo creo que el trabajo interdisciplinario, a mí me gusta mucho Stolkiner como define la interdisciplina, ni hablar que estamos muy lejos de la transdisciplina, pero yendo a la interdisciplina así netamente para mí los espacios de formación tienen que estar, poder tener puestas en común, poder debatir sobre ciertas cuestiones, poner en tensión todas esas categorías que cada uno trae porque somos distintas disciplinas pero que se pongan en tensión y poder llegar a algo y construir una integralidad desde el equipo. Eso no lo hay, eso no sucede y no sé si va a suceder en algún momento, sería como lo ideal para mí...” (Trabajadora social, 2019).

Ante la pregunta sobre si creen que todas las profesiones que integran el equipo son necesarias o si haría falta alguna otra profesión también se observan diferencias:

“Creo que todas las que están son necesarias por supuesto, y que si una pata que falta ahí es la parte pediátrica, pediatría, donde nosotras hemos llevado la invitación varias veces al personal de pediatría para participar, pero no hemos tenido todavía la participación de ninguno de ellos” (Ginecóloga, 2019).

“Y por ahí lo que nos haría falta es pediatría, eso estaría bueno. El resto creo que están casi todas, de a poquito se van sumando. Por ahí otra cosa que habíamos dicho de tener un médico clínico generalista varón porque tenemos la generalista mujer y hay momentos que está desbordada” (Obstetra, 2019).

“No, yo creo que por ahí si te tengo que decir la verdad, para mí hay muchas, que se yo no sé, una odontóloga por ahí está bien pero no sé si es necesaria. Me parece que lo que más tenemos que fortalecer es la red entre nosotras, es algo que está costando” (Psicóloga, 2019).

“Yo creo que somos como una, somos como multidisciplinaria, somos una sumatoria de disciplinas que en realidad por ahí no es necesario que estén todas, sin desmerecer a ninguna...” (Trabajadora social, 2019).

En función de lo expuesto, se cree adecuado efectuar un análisis sobre el Equipo de atención integral adolescente para señalar algunos aspectos que podrían considerarse debilidades y fortalezas y que surgirían de la investigación realizada.

Como se señala, pueden observarse diferencias entre las profesionales del equipo en su manera de concebir la integralidad e interdisciplina, considerándose que ello lleva a obstaculizar el encuentro y torna muy compleja la posibilidad de debatir sobre diferentes categorías. Esto dificulta la construcción de un concepto integrador que se nutra de cada una de las visiones y construya un perfil de equipo, lo cual permitiría la creación de estrategias de planificación, intervención y evaluación unificadas, fundadas y construidas a partir de las diferentes visiones para abordar las situaciones que cotidianamente deben enfrentar como equipo.

Siguiendo a Cazzaniga (2002), la limitación de los objetos de conocimiento e intervención dificulta el trabajo del “nexo”, término que en la práctica profesional se expresa como “interconsulta”, el “nexo” aparece como derivaciones. Si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad, teniendo en cuenta que para realizar abordajes eficaces se debe partir de una concepción del sujeto en sus múltiples dimensiones, y de esta manera combinar estrategias interdisciplinarias a partir de la planificación de intervenciones.

La interdisciplina es todo un desafío a construir pero se convierte en una, o tal vez la única posibilidad para abordar la complejidad de las demandas.

Puede deducirse que la construcción de la integralidad e interdisciplina tal y como se ha definido precedentemente es aún una tarea pendiente para el equipo. Si bien estaría por parte de todas las profesionales la intención de trabajar de dicha manera ya que se tiene en cuenta la importancia del acceso a diversos derechos como por ejemplo, la educación, identidad, y a la hora de definir las situaciones se parte de una lectura multidimensional de derechos vulnerados, el equipo aún se encuentra en una etapa de

construcción y aprendizaje para alcanzar dicha modalidad de trabajo, ya que por el momento predomina una modalidad de derivación donde cada profesional lee e interviene desde sus propios recortes, afectando de esta manera la potenciación de recursos entre las integrantes, y por tanto, la integralidad de los abordajes, dificultando además la creación de estrategias novedosas y la planificación de actividades.

De todas formas, es oportuno e interesante reconocer y remarcar que las integrantes del equipo están en proceso de organización de las acciones a desarrollar como de los encuentros interdisciplinarios, pudiendo esto evidenciarse en las reuniones semanales que realizan donde luego elaboran un acta de lo trabajado, lo que deja entrever la total voluntad y el compromiso asumido por las profesionales, ya que dicho equipo no está legitimado e institucionalizado, es decir, reconocido como un servicio del hospital.

3.4 Rol e intervención del Trabajo Social dentro del equipo profesional

“La intervención profesional es la puesta en acto de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social” (Cazzaniga, 1997:1). Pretende provocar alguna modificación en la situación que le es presentada.

En palabras de González Saibene se entiende “La intervención profesional como el acercamiento a los fenómenos (o las situaciones) que constituyen un problema (o conflicto) para los sujetos, guiados por el objetivo de la modificación (o resolución, o transformación...) de la situación” (González Saibene, 2000:160).

Siguiendo con Cazzaniga (1997), la intervención en Trabajo Social consiste en un proceso de reflexión y problematización continua de la posición teórico ideológica que cada profesional sostiene y de como esta se refleja en la acción. Es decir, se debe pensar en el entramado de supuestos teóricos e ideológicos desde el cual cada profesional observa y comprende la realidad a modificar.

En relación a ello, la trabajadora social expresó explícitamente que sus intervenciones profesionales parten de una visión teórico-metodológica compatible con el abordaje desde una modalidad interdisciplinaria y que su posicionamiento al momento de intervenir es siempre desde un enfoque de derechos y perspectiva de género.

“La perspectiva de género para mí tiene que estar en un equipo de salud, vos te estas formando en un equipo adolescente o en un equipo de salud integral y pública,

entonces vos tenés que conocer cuál es el marco teórico desde la perspectiva de género, cuales son los programas que existen, cuales son los derechos de las personas, eso lo tenemos que tener claro todas estén de acuerdo o no. Viene una persona al equipo adolescente y nos ha pasado, nos han dicho mira tengo 15 años y quiero hacer el proceso de hormonización, vos tenés que saber si a esa edad lo puede hacer, cuales son los derechos de esa persona, quien lo tiene que acompañar, donde se lo va a hacer, cuál va a ser el proceso por el que va a pasar, que no necesita de un certificado de un psicólogo para hacérselo, o sea son cuestiones que vos tenés que conocer. La perspectiva de derechos claro que va a estar, trabajamos desde una perspectiva de derechos, por lo menos yo veo un sujeto de derechos siempre” (Trabajadora Social, 2019).

Respecto a la salud sexual y salud reproductiva en la adolescencia la trabajadora social expresa lo siguiente:

“Yo intento como dar otra mirada en el equipo, que va más allá que la piba venga a decirte bueno quiero un método anticonceptivo, y eso también es una de las discusiones que para mí el equipo adolescente no es solo, no es solo los métodos anticonceptivos, trabajar en un equipo adolescente no tiene que ver con los métodos anticonceptivos. Y eso se da mucho en las escuelas, el taller abordado a lo que tiene que ver con la genitalidad, la sexualidad referente de la genitalidad, como muy lo básico, lo de manual. Por eso digo, no es solamente eso, es como cuidar nuestro cuerpo, cuando saber decir y estar atentas a cosas que no nos gustan y que no pasen, tiene que ver con un montón de cosas, con trabajar la sexualidad también desde el placer, sobre todo en las mujeres, sino esta la línea siempre bajada, sino fijate que las políticas públicas en salud siempre están destinadas a las mujeres, siempre, la mujer es la que viene a sacarle turno a los nenes, al marido y es la que se encarga de todo, la mujer es a la que se le dan todas las pautas de lo reproductivo, de que vos tenés que cuidarte, siempre se está poniendo el foco en la mujer. Nunca se trabaja lo que tiene que ver con la sexualidad y el placer, que eso permite entender que la sexualidad es disfrute, y que hay diferentes formas de sentir placer y que la sexualidad es todo, que no es la sexualidad solamente la penetración, la sexualidad está en todo, está en una caricia, en una mirada. Por ahí bueno como poder desnaturalizar eso para mí es re importante” (Trabajadora Social, 2019).

Puede señalarse que toda intervención responde a una demanda, que puede ser difusa o precisa, y toda demanda parte de una necesidad. No puede pensarse que las

necesidades se refieren solamente a la satisfacción material sino también subjetivas, sobre todo de los derechos humanos (González Saibene, 2000).

En el Equipo de atención integral adolescente la intervención del Trabajo Social surge a partir de derivaciones e interconsultas que le realizan otros/as profesionales, lo que lleva al inicio de un trabajo interdisciplinario, y se relaciona con la complejidad de las situaciones que se presentan. Estas situaciones generalmente están atravesadas por una vulneración de derechos, es por esto que suele ser la trabajadora social quien se encarga de intervenir realizando acciones como la articulación con otras instituciones, ya sean de salud como el centro de salud Giacomotti o de otros campos como suele ser el COPNAF.

Resulta oportuno mencionar también que por la formación y especificidad del Trabajo Social, es esta profesional quien posee mayor conocimiento sobre los diferentes protocolos y políticas existentes.

“Muchas veces surge que mandan al grupo que hay una situación compleja, o la ginecóloga manda que hay una situación compleja si nos podemos juntar a charlarlo, y nos juntamos. Ellas saben delimitar bien cuando es pertinente mi intervención, eso está bueno y no me convocan como en otros servicios solo a lo burocrático administrativo, porque viste que muchas veces nuestra profesión queda ligada a eso, y no es esa mi función, y ellas me convocan mucho cuando necesitan acompañamiento familiar, cuando ven que hay alguna vulneración de derechos. Y me convocan mucho en esto de los protocolos porque yo soy una de las que más conoce los protocolos, el marco legal cuando hay una situación de abuso, cuando hay una situación de violencia...”
(Trabajadora Social, 2019).

El Trabajo Social como profesión incluye dentro de su campo de acción la defensa de los derechos humanos, y por ende cualquier tipo de vulneración de éstos amerita la intervención de un/a profesional partiendo de la premisa de que quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad no pueden llevar adelante plenamente el ejercicio de sus derechos, de tal manera que tienen los derechos definidos solo en el nivel formal ya que en los hechos no pueden acceder a ellos, no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo siendo un factor importante en esto el que frecuentemente los desconocen, lo que los/as hace aún más vulnerables.

Debe entenderse a cada sujeto con potencialidades y condicionantes, como una combinación, un entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares. Lo universal expresa la condición de ser humano con derechos; lo particular comprende al sujeto en sus condiciones sociales y materiales de existencia, su cotidianidad, su historia familiar; lo singular refiere a la subjetividad propia del sujeto como ser único. Esta forma de comprender al sujeto exige una reflexión sobre las condiciones de vida para entender sus necesidades e intereses, su expresión como ser singular (Cazzaniga, 1997).

En la entrevista la Trabajadora Social continúa diciendo:

“...Mi intervención apuesta a restituir los derechos, porque ya te digo por lo general la persona que llega, viene con los derechos arrasados digamos, la palabra es arrasada, ya te digo sin escolarizarse, sin un control de salud, a veces nos encontramos con adolescentes que viven solas, que los padres trabajan todo el día y están solas en la casa y nadie repara en eso. Entonces bueno, es como construir un montón de cosas, adolescentes que vienen sin el DNI porque no lo tienen, o sea desde ese avasallamiento” (Trabajadora Social, 2019).

En función de los dichos de la trabajadora social, podría señalarse que sus intervenciones profesionales reafirmarían que su rol en el equipo se ajusta a lo que señalan distintos/as autores/as cuando se refieren a la importancia de actuar en esta temática teniendo en cuenta el contexto y la singularidad de cada adolescente, indagando en el entramado social de cada sujeto para lograr una mayor comprensión y conocimiento de la situación que luego será analizada con el equipo interdisciplinario teniendo en cuenta que los problemas y necesidades sociales son cuestiones generales que se singularizan en las personas y grupos.

En palabras de la trabajadora social, *“Un poco lo que venía diciendo, tener en cuenta el contexto, tener en cuenta la perspectiva de género, poder tener en cuenta que la salud es un concepto muy amplio que no es solamente lo biológico, sino como lo entiende la OMS, un completo bienestar integrado, tiene que ver con un montón de atravesamientos, y más en la adolescencia, que la adolescencia es una etapa re compleja, y que estos pibes están atravesados por un montón de cosas, y que no tiene que ver solamente con la salud” (Trabajadora Social, 2019).*

Como señala Carballada, “la intervención se enuncia como posible dispositivo de reconstrucción de subjetividades, entendiendo a la necesidad como producto de derechos

sociales no cumplidos, considerando a la intervención como un medio y no un fin en sí misma...” (Carballeda, 2008:9).

Siguiendo a Travi (2017), el Trabajo Social parte de un enfoque que incluye e integra no solo los aspectos económicos sino también el entorno social, aspectos subjetivos, culturales en el marco de una situación problema, y permite identificar las posibilidades, potencialidades de los/as sujetos. Solo promoviendo las facultades de cada sujeto se logra fomentar su autonomía.

El trabajo social enfrenta cotidianamente la necesidad de conocer y comprender la realidad para establecer bases sólidas de intervención, y sobre esa base se actúa para transformar o modificar la realidad con los sujetos. Esto se observa claramente en la temática que se aborda, trabajar con la salud sexual y salud reproductiva de los/as adolescentes y su vinculación con el conocimiento y respeto de sus derechos implica entender que el accionar del Trabajo Social no se reduce a una simple lectura de lo real, de lo concreto aparente, sino que busca romper con la inmediatez de la demanda, para realizar una lectura del contexto complejo. De esta manera el rol de la profesional se vincula con que desde su especificidad en el Equipo de atención integral adolescente aporta una mirada integral, comprensiva, contextualizada de la complejidad de cada situación singular, teniendo su intervención como finalidad la garantía y restitución de derechos de cada adolescente.

REFLEXIONES FINALES

Para cerrar con el presente trabajo de investigación, se intenta realizar un análisis relacionando la información bibliográfica y la información obtenida en el trabajo de campo, procurando enmarcarlas en la relación teoría-práctica.

Este trabajo comienza como resultado de múltiples interrogantes sobre la salud sexual y salud reproductiva en la adolescencia así como de sus derechos, surgiendo inquietudes con relación al rol del Trabajo Social en este tema. De este modo se plantean el objetivo general y los objetivos específicos, se seleccionan técnicas de recolección de datos y la institución como referente empírico.

El estudio de los objetivos propuestos para este trabajo permite confirmar la importancia que el tema que aquí se trata tiene, sobre todo en el abordaje de cuestiones relacionadas con los derechos de la población adolescente, y pone en evidencia la presencia de una necesidad desatendida formalmente en la ciudad de Concepción del Uruguay. Por otro lado, posibilita conocer la existencia de espacios destinados a adolescentes, espacios que trabajan sobre salud sexual y salud reproductiva, que trabajan desde la informalidad, y se hallan invisibilizados como es el Equipo de atención integral adolescente del Hospital Justo José de Urquiza, y del que a partir de la presente investigación se puede conocer y analizar su dinámica de trabajo, como también identificar la importancia del Trabajo Social en la materia dentro del equipo.

Como puede verse, existe una real demanda de la población adolescente hacia el equipo que se relaciona con su salud sexual y salud reproductiva, especialmente de las mujeres, lo que refleja y confirma la perpetuidad de los estereotipos instituidos social y culturalmente de que las tareas y responsabilidades de cuidado en todos sus sentidos recaen en las mujeres, dado que históricamente el cuidado de niños, ancianos, enfermos y discapacitados ha sido delegado a las mujeres, disminuyendo así sus oportunidades de desarrollo personal y educativo y su participación en el trabajo remunerado.

Puede señalarse que este proceso de investigación muestra la necesidad e importancia de considerar los antecedentes tanto nacionales como provinciales (en cuanto a legislación y acciones) ya que a través de la historia se proporcionan insumos a considerar para la elaboración del proyecto de trabajo sobre esta temática. La legislación sobre modalidades de atención en salud sexual y salud reproductiva de los/las adolescentes permitirían identificar las fortalezas y debilidades del trabajo que realizan

las profesionales del equipo, pudiéndose de esa manera potenciar el quehacer profesional y realizar aportes para la atención de la temática analizada.

Con respecto al análisis del Equipo de atención integral adolescente, como fue expuesto existen divergencias conceptuales al interior de éste respecto del trabajo integral e interdisciplinario, lo que complica la construcción de un perfil de equipo unificado. Si bien las profesionales entrevistadas expresan la importancia de que la atención trascienda de la parte biomédica y considere todas las áreas de la vida de la población adolescente, y coinciden en que se requiere de una atención en equipo, en donde se involucre el accionar de diversos/as profesionales en la atención. Aunque la intención de trabajar de dicha manera está presente, la realidad es que se encuentran en una etapa de búsqueda y de construcción, siendo la interdisciplina aún una tarea pendiente. Es trascendental la importancia de potenciar la labor interdisciplinaria, la integración de diferentes enfoques disciplinarios en un trabajo conjunto para el abordaje de situaciones complejas.

En relación a ello, es interesante recalcar el valor de la interdisciplina en los equipos de salud, en palabras de Cazzaniga (2002), “La interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos...”

Más allá de estas cuestiones, cabe remarcar que el equipo lucha permanentemente con la falta de legitimidad al no estar reconocido como un servicio, limitándose así sus recursos y acciones. Es indudable que el Equipo de atención integral adolescente requiere de un apoyo institucional y soporte legal que acompañe y dé sustento y continuidad a su labor garantizando así las normativas existentes.

Conociendo la existencia de leyes y políticas nacionales y provinciales sobre salud sexual y salud reproductiva y adolescencia, puede evidenciarse en el presente trabajo que no se hallan implementadas en el Hospital Justo José de Urquiza, y por lo tanto, sigue siendo materia pendiente la situación de los/as adolescentes respecto de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Es de suma urgencia implementar e intensificar las acciones de consejería de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, como también la capacitación de los equipos de salud en perspectiva de género y enfoque de derechos.

En lo que respecta al trabajo en salud sexual y salud reproductiva debe entenderse que no consiste simplemente en el asesoramiento en aspectos reproductivos, ante esto el Trabajo Social aporta una mirada transversal, posicionada desde una perspectiva de género y enfoque de derechos, donde su intervención no consiste en la transmisión de pautas y mandatos, sino en el conocimiento y concientización de las personas sobre sus derechos.

La transversalidad de la que hablamos, como señala Rodríguez Gustá (2008), consiste en la promoción de la igualdad de género mediante su integración sistemática en las estructuras, en la organización y cultura, en las formas de ver y hacer. Hace referencia a la necesidad de que la realidad, en los diversos ámbitos, se analice teniendo en consideración que varones y mujeres no se encuentran en la misma posición. Plantear una mirada transversal significa revisar la representación femenina en la sociedad y los mensajes simbólicos que se generan sobre ellas.

Por ello, puede afirmarse lo necesario que es que se encuentre el Trabajo Social en el trabajo con adolescentes, teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad y que gran parte de esta población que consulta al equipo se encuentra atravesada por esta situación al no poder ejercer de manera plena sus derechos.

La intervención profesional de la trabajadora social brinda un espacio de escucha, respaldo y poder, apoyo hacia los/as adolescentes, realizándose valoración de recursos familiares, de condiciones sociales, recursos internos, etc. Su intervención es fundamental en el equipo interdisciplinario aportando al proceso de análisis de la cotidianidad y singularidad de cada adolescente.

Esta profesional desde su especificidad debe contribuir a la construcción de ciudadanía y empoderamiento de los/as sujetos, especialmente de mujeres y adolescentes, sobre sus derechos sexuales promoviendo una sexualidad responsable, segura y placentera, así como también de sus derechos reproductivos como es la autonomía para decidir.

Considero como futura profesional que nos encontramos en un periodo trascendental para cuestionar y desnaturalizar mandatos sociales y culturales, para problematizar imposiciones institucionales y posicionarnos ante el carácter asistencialista de las políticas sociales, y a esa intención de controlar el placer y los cuerpos.

Cabe retomar y destacar que el Trabajo Social aporta a la integralidad e interdisciplina del equipo, el análisis sobre la singularidad de cada adolescente y su cotidianidad a partir del registro y valorización de recursos familiares, comunitarios y subjetivos. También aporta una mirada transversal con perspectiva de género, y una capacidad de trabajo intersectorial, resultando imprescindibles tales herramientas ante la complejidad y multicausalidad de las situaciones, permitiendo reconocer y combinar recursos intersectoriales en las acciones con el propósito de mejorar la capacidad de respuesta.

De todas formas, se debe fortalecer desde el equipo la red interdisciplinaria e interinstitucional, apostar al encuentro de las diferentes profesiones para construir una integralidad en clave de complementariedad, y de esta manera poder establecer estrategias claras y fundadas de intervención.

Considero también necesario que se intensifique la lucha y resistencia por sostener el equipo para que se reconozca el trabajo de las profesionales que lo conforman, pero por sobre todo, para que se legitime, garantice y efectivice de manera formal y concreta los derechos de la población adolescente, especialmente los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Ello implica trabajar desde la política pública, programas y proyectos institucionales hasta las actividades más concretas a realizar con la población adolescente. Se requiere propiciar la participación y apropiamiento de dicha población en los programas o proyectos de los que es destinataria, de manera que se identifiquen sus necesidades y demandas de salud en general, y de salud sexual y salud reproductiva en particular.

Como dice Mario Testa, pensar en salud es constituirnos en actores sociales que podamos poner en agenda las prioridades del amor, el trabajo y la lucha por una sociedad más justa, donde la salud de los/as niños, niñas y adolescentes no sea sólo una declaración sino el efectivo ejercicio de los derechos humanos que les corresponden.

BIBLIOGRAFÍA

Barrancos, D. (2014). Los caminos del feminismo en la Argentina: historia y derivas. *Voces en el Fénix*. Recuperado de <https://www.vocesenelfenix.com/content/los-caminos-del-feminismo-en-la-argentina-historia-y-derivas>

Blando, O. (2014). Género, Derecho y Constitución. Una mirada al interior de las constituciones provinciales argentinas. En: S. Levin, O. Blando, R. Sosa, M.A. Pignatta, M.A. Ingaramo y V. Venticinque, *Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina*. Rosario: Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn).

Brizuela, V., Abalos, E., Ramos, S., y Romero, M. (2014). *El embarazo en la adolescencia*. Buenos Aires: OSSyR. Recuperado de <http://www.ossyr.org.ar/hojas-informativas-10.html>

Camargo, L. (2004), *Consumir la interdisciplina*, Buenos Aires: Fundación Prosam N° 3.

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito. Disponible en <http://www.abortolegal.com.ar/about/>

Carballeda, A. J. M. (2008). La intervención en Lo Social, las Problemáticas sociales complejas y Las Políticas Públicas. *Revista Margen*. Recuperado de <http://www.margen.org/carballeda/Problematicas%20sociales.pdf>

Carballeda, A.J.M. (2016). La Intervención en lo Social entre la coerción y la libertad. *Revista Margen*. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen80/carballeda80.pdf>

Carli, S. (2000). *Niñez, Pedagogía y Política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina 1880-1955*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Cazzaniga, S. (1997). *El abordaje desde la singularidad*. Recuperado de http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_22/2%20Cazzaniga%2022.pdf

Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Revista Margen*. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>

Cepeda, A. (2008). Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006). Buenos Aires: UNGS. Recuperado de <https://static.ides.org.ar/archivo/www/2012/04/artic14.pdf>

Chavero, M. (2018). Salud Pública: aspectos históricos y epistemológicos. Perspectivas y debates actuales. Rosario: Facultad de Ciencias Médicas, UNR.

Checa, S. (2005). Las implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente. Buenos Aires: Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/revistacomponents/revista/archivos/anales/numero01-02/ArchivosParaDescargar/18_cont_checa.pdf

Chiara, M., Tobar, F., Catenazzi, A., Di Virgilio, M.M., Moro, J. y Ariovich, A. (2015). *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Cieri, R.E., (2018), El Estado y el Sistema de Salud al inicio del Siglo XX Policlínico Regional del Litoral Justo José De Urquiza. Recuperado de <https://concepcionhistoriayturismo.com/2018/04/03/policlinico-regional-del-litoral-justo-jose-de-urquiza/>

Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. *El derecho de los niños, niñas y adolescentes a la participación y su inclusión en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación*. Buenos Aires: Observatorio SIPROID. Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/el_derecho_de_los_ninos_ninas_y_adolescentes_a_la_participacion_2017.pdf

CONSTITUCION DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS. Paraná, 3 de octubre de 2008.

Cunill Grau, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. Recuperado de <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/046-febrero-2010/cunill>

Escudero Macluf, J., Delfín Beltrán, L.A. y Gutiérrez González, L. (2008). El estudio de caso como estrategia de investigación en las ciencias sociales. *Ciencia Administrativa*. Recuperado de <https://www.uv.mx/iiesca/files/2012/12/estudio2008-1.pdf>

Esguerra Muelle, C. y Bello Martínez, J.A. (2014). Interseccionalidad y políticas públicas LGBTI en Colombia: usos y desplazamientos de una noción crítica. *REVISTAS UNIANDES*.

Ferrandini, D. (2011). “*Algunos problemas complejos de salud*”. Recuperado de <http://www.heroinas.net/2013/06/debora-ferrandini.html>

Ferrara, M. (2016). *Sobre mi cuerpo yo decido: a excepcionalidad del caso de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario*. (Tesis de grado, Universidad Nacional de Rosario). Recuperado de <https://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/8905>

Gamba, S. (2008). Feminismo: historia y corrientes. *Mujeres en Red*. Recuperado de <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1397>

Garzaniti, R. y Romero, P. (2018). *Atención integral de la salud: la interdisciplina como herramienta fundamental*. La Plata: Facultad de Psicología, UNLP.

Giampaoli, G., Boschetti, S., Pereyra, A., Bianciotto, A., y Zamarreño, F. (2017). *Aborto. Aportes para una reflexión desde el ejercicio profesional*. Rosario: Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, UNR.

González Saibene, A. (2000). *Acerca de la intervención*. Rosario: Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, UNR.

Hernández Artigas, A. (2018). Opresión e interseccionalidad. *Dilemata*. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000196>

Lázaro, A. (2016). *La Protección Integral y la institucionalización de niñas, niños y adolescentes en la Provincia de Santa Fe. Avances y desafíos pendientes del Sistema de Promoción y Protección de Derechos*. (Tesis de grado, Universidad Nacional de Rosario). Recuperado de <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/8287/Tesina%20Alina%20L%C3%A1zaro%20Lic.%20Trabajo%20Social.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Levin, S. (2010). *Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Buenos Aires: Espacio.

Levin, S. (2014). Las políticas públicas y el género en Argentina: entre el trato y el destrato a las desigualdades. En: S. Levin S. y otros, O. Blando, R. Sosa, M.A. Pignatta, M.A.

Ingaramo y V. Venticinque, *Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina*. Rosario: Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn).

Ley 9.501. Creación del Sistema Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual. Paraná, 22 de junio de 2003.

Ley Nacional 25.673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires, 30 de octubre de 2002.

López Casariego, V. (2011). Infancia y derecho a la salud. *Voces en el Fénix*. Recuperado de <https://www.vocesenelfenix.com/content/infancia-y-derecho-la-salud>

López, N. (2012). *La Situación de la Primera Infancia en la Argentina: a dos décadas de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Córdoba: Fundación Arcor.

Maciel, F. (2001). Lo posible y lo imposible en la interdisciplina. *Revista de L'Associació Catalana D'Atenció Precoç*. Recuperado de <https://latintraining.sysprop.net/latintraining/fepi/biblio/INTE/MacielLoposibleeimposibleeninterdisciplina.pdf>

Margulis, M. (2004). Adolescencia y Cultura en la Argentina. *Revista Perspectivas Metodológicas*. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/574/609>

Marradi, A., Archenti, N., Piovani, Juan I. (2012). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé.

Martínez, D. (2018). Transfeminismo Trava. *La Diaria*. Recuperado de <https://feminismos.ladiaria.com.uy/articulo/2018/3/transfeminismo-trava/>

Mazarrasa Alvear, L. y Gil Tarragato. (2007). Salud sexual y Reproductiva. *Ministerio de Sanidad y Política Social*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

Ministerio de Salud de la Nación y Sociedad Argentina de Pediatría. (2010). *Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Gu%C3%ADa%20de%20recomend>

aciones%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20de%20adolescentes%20en%20espacios%20de%20salud%20amigables%20y%20de%20calidad.l-guia-clinica.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Salud en la adolescencia*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001221cnt-boletin_virtual-10-salud_integral_adolescencia.pdf

Ministerio de Salud Gobierno de Entre Ríos. *El Hospital J.J Urquiza moderniza su aparatología en servicios críticos*. Recuperado de <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/?p=30666>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. (2018). *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva*. Recuperado de <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento190.pdf>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2013). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Leyes que reconocen tus derechos*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000677cnt-Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). *Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001284cnt-0000001284cnt-guia-derechos-2018.pdf>

Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York: Naciones Unidas.

Negri, J.J. (2018). Julieta Lanteri, una pionera del feminismo. *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/opinion/julieta-lanteri-una-pionera-del-feminismo-nid2111106>

Novick, S. (2001). *Democracia y población: Argentina 1983-1999*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20100408015507/dt28.pdf>

Oizerovich, S. y Perrotta, G. (2017). *Salud sexual y salud reproductiva*. Recuperado de <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Platero Méndez, L. (2014). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *Quaderns de Psicologia*.

Pecheny, M. y Petracci, M. (2006). *Derechos humanos y sexualidad en la Argentina*. Argentina: Universidad Nacional de Buenos Aires.

Pignatta, M. A. (2014). Desafíos de la implementación de políticas públicas en clave de género y de derechos. En: S. Levin, O. Blando, R. Sosa, M.A. Pignatta, M.A. Ingaramo y V. Venticinque, *Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina*. Rosario: Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn).

Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342006000300010&script=sci_abstract

Rodríguez Gustá, A.L. (2008). *Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención*. Rosario: UNR editora.

Sañudo, J.A. y Echague, J.M. (2013). Estudio de las prestaciones y la necesidades en un Servicio de Cirugía Provincial (Hospital J. J. Urquiza). Período 1980 – 2002. *Ciencia, Docencia y Tecnología suplemento*. Recuperado de <http://www.revistacyt.uner.edu.ar/suplemento/wpcontent/uploads/file/vol2n2/10035.pdf>

Saraví, G. A. (2004). Entre la evasión y la exclusión social: jóvenes que no estudian ni trabajan. *Nueva Sociedad*. Recuperado de <https://nuso.org/articulo/entre-la-evasion-y-la-exclusion-social-jovenes-que-no-trabajan-ni-estudian-una-exploracion-del-caso-argentino/>

Serra, A. (2005). La gestión transversal. Expectativas y resultados. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533664002.pdf>

SIEMPRO. (2019). *Guía de Programas y Servicios Sociales, Provincia de Entre Ríos*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gps_entre_rios_3.pdf

SIEMPRO. Programa Provincial de Salud Integral de los y las Adolescentes. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gps_entre_rios_1.pdf

Sousa Campos, G. (1998). *Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud*. Recuperado de <https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista EL CAMPO Psi*. Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Thomen Bastardas, M. (2019). Las cuatro olas del feminismo. *Psicología Online*. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/las-cuatro-olas-del-feminismo-4627.html>

Titonelli Alvim, N. (2013). Salud en la perspectiva de la integralidad. *SciELO Salud Pública*. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/es_1414-8145-ean-17-04-0599.pdf

Travi, B. (2017). El Diagnóstico Social y la noción de integralidad en la política social. Tradiciones disciplinares y desafíos actuales. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*.

Unicef. (2017). *El acceso a la salud de los y las adolescentes*. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/301/file/publicaci%C3%B3n.pdf>

Valcarcel, A. (2001). La memoria colectiva y los retos del feminismo. *Repositorio Digital CEPAL*. Chile: Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5877/S01030209.pdf?sequence=1>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *SciELO Salud Pública*. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Zabalza, S. (2005). Interdisciplina: entre el arte, la ley y el goce. Recuperado de <https://www.elsigma.com/hospitales/interdisciplina-entre-el-arte-la-ley-y-el-goce/12451>