

CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

PROPUESTA DE DISEÑO, ORGANIZACIÓN
E IMPLEMENTACIÓN

Documento de trabajo



Dirección de
Salud Sexual y
Reproductiva

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Consejerías en salud sexual y salud reproductiva

PROPUESTA DE DISEÑO, ORGANIZACIÓN
E IMPLEMENTACIÓN

Documento de trabajo

Secretaría
de Gobierno
de Salud



Ministerio de Salud
y Desarrollo Social
**Presidencia
de la Nación**

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Sergio Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel Espinosa

Directora de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Silvia Oizerovich

Coordinadora Técnica de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Gabriela Perrotta

Consejerías en salud sexual y salud reproductiva

PROPUESTA DE DISEÑO, ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

Documento de trabajo

3.ª edición: junio, 2018

Revisada y actualizada por: Constanza Leone (DSSyR), Marianela Meneghetti (DSSyR), Matías Ostropolsky (DSSyR), Mailen Burgos (DSSyR), Jorge Derezensky (DSSyR), Maria Sol Wasyluk Fedyszak (DSSyR).

También participaron en la revisión de este material las y los integrantes del Consejo asesor de la DSSyR: Dr. Carroli Guillermo (Centro Rosarino de Estudios Perinatales), Dra. Galimberti Diana, Carolina Buceta (Psicóloga-REDI), Dra. Franganillo Virginia (Socióloga- Nueva Ciudadanía), Dra. María Victoria Bertolino (OPS- OMS), Dra. Marta Alanis (Católicas por el derecho a Decidir), Dra. Eugenia Trumper (FASGO), Dra. Chiarotti Susana (INSGENAR), Susana Armichiardi (INSGENAR), Estela Díaz (CTA), Dra. Alicia Lapidus (SOGIBA), Dra. Sandra Vázquez (FUSA), Mariana Isasi (UNFPA), Dra. Natalia Gherardi (ELA), Dra. Nelly Minyersky y Analia Tablado (SAGIJ).

2.ª edición reelaborada y actualizada: junio, 2015

Elaboración de contenidos:

Silvia Chera y Marianela Meneghetti (PNSSyPR)

Coordinación de contenidos:

María Eugenia Otero y Ofelia Musacchio (PNSSyPR)

Coordinación editorial:

Tali Miculitzki (PNSSyPR)

Edición:

Juan Pablo Vittori

Corrección:

Mariana Fernandez

Diseño gráfico:

Walter Oxley

1.ª edición: septiembre, 2010

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR)

Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Av. Rivadavia 875, Piso 7, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfonos: (+54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375

Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar

<http://argentina.gob.ar/salud>

Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444

INDICE

	Página
Prólogo	5
<hr/>	
Capítulo 1: Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva	6
Del modelo tradicional de atención al modelo de consejería	6
<hr/>	
Capítulo 2: El modelo de atención de la consejería en salud sexual y salud reproductiva	9
¿Qué es una consejería en salud sexual y salud reproductiva?	9
Enfoque y perspectiva del modelo de consejería	10
Tipos de consejería	12
Algunas competencias individuales y de equipo para el trabajo	13
<hr/>	
Capítulo 3: El encuentro de consejería	14
La organización del espacio. Elementos y encuadre de trabajo	14
La entrevista	15
Algunas claves para la comunicación durante el encuentro de consejerías	17
<hr/>	
Capítulo 4: Organización y gestión de las consejerías	19
Algunos criterios para su implementación	19
<hr/>	
Capítulo 5: Actividades de comunicación y promoción	23
Las consejerías y el trabajo de promoción y comunicación	23
El trabajo en contexto de las acciones de promoción y comunicación	23
Algunas acciones comunicacionales	24
Talleres de promoción de salud sexual y salud reproductiva	25
<hr/>	
Fichas de trabajo	27
<hr/>	
Bibliografía	59

Prólogo

La consejería es un modelo de atención centrado en las personas usuarias. Tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía para la toma de decisiones sobre su salud sexual y su salud reproductiva de manera libre, consciente e informada.

El propósito de este cuadernillo es invitar a los equipos de salud a crear o fortalecer espacios de consejería integral en salud sexual y salud reproductiva en sus lugares de trabajo, teniendo en cuenta sus contextos particulares y partiendo de los recursos existentes.

La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva* considera a las consejerías como una estrategia fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Por eso los/as invitamos a utilizar este material como herramienta para organizar y gestionar los espacios de consejería y mejorar con ello la calidad de atención de todas las personas.

Dra. Gabriela Perrotta

Coordinadora Técnica de la Dirección
de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Silvia Oizerovich

Directora de Salud Sexual y Reproductiva

* El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) se crea en el año 2003, a partir de la sanción de la ley nacional 25.673. A partir del 13 de marzo de 2018, por decisión administrativa N° 307/2018, se crea la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR).

1

Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva

Del modelo tradicional de atención al modelo de consejería

La consejería¹ en salud sexual y salud reproductiva se entiende como un *modelo de atención en salud* que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación con su función reproductiva.

Se define *modelo de atención* como el modo de hacer de los profesionales de la salud². Ese modo de *hacer* responde, explícita o implícitamente, a una concepción de sujeto, a un modo de entender el proceso de salud y su cuidado, y a la forma en que se construyen los saberes y se aprenden las prácticas.

El modelo de atención tradicional en las instituciones de salud, organizado fundamentalmente a partir de la práctica de personas con formación en medicina, enfermería y obstetricia, está centrado en el aspecto biológico. El acto médico, o la consulta, repite un mismo modelo que organiza y estructura la atención que cada profesional aprendió y fue construyendo a lo largo de su experiencia. Ese aprendizaje es sostenido, en la gran mayoría de los casos, desde la construcción del pensamiento clínico –básicamente hipotético-deductivo–: en principio, el profesional formula una hipótesis a partir de información que surge de lo que observa o recoge del examen del paciente, y luego la comprueba en base a datos o indicadores, o la reformula si no se verifica a partir de los mismos.

Desde esta perspectiva, el modelo tradicional de atención puede reconocer la dimensión social manifiestamente, sin embargo, aunque la considere una variable que tiene efecto sobre el estado de salud de las personas, no la incluye estructuralmente en el modo de configurar las prácticas de atención.

Algo similar sucede con la dimensión subjetiva, que suele ser excluida o aislada para lograr objetividad en el proceso clínico, dejando por fuera del espacio de consulta los deseos, los temores, las inquietudes y los saberes de las personas.

Según el modelo de atención tradicional, la consulta se desarrolla en base a:

- La historia clínica, basada en *un interrogatorio exhaustivo*, ligado al motivo de consulta. Las preguntas de este cuestionario se organizan de acuerdo a las hipótesis que asume el profesional a partir del motivo por el que la persona consulta.
- Luego de analizar la información, el profesional evalúa lo que es mejor para la o el paciente y toma las decisiones acerca de los estudios a indicar, el diagnóstico y el tratamiento. Esta modalidad indicativa de trabajo no es exclusiva de la práctica médica, ya que profesionales de otras disciplinas la reproducen de manera similar.
- Se espera del paciente una actitud pasiva: que cumpla, colabore o adhiera a lo indicado. En algunos casos se piensan estrategias para lograr este cumplimiento.

Durante sus años de formación, los profesionales aprenden un abordaje de la salud orientado al tratamiento de la enfermedad y, en el mejor de los casos, de una *dolencia*. Como consecuencia, el mundo subjetivo de las personas tiende a ser excluido o relegado. Este aprendizaje configura, luego, la acción cotidiana en el trabajo en salud.

Hacia el modelo de consejería en salud sexual y salud reproductiva

Cuando las prácticas de los equipos de salud relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva se desarrollan desde el modelo tradicional, suelen implicar:

1- Si bien en este documento se opta por el uso del término consejería, es importante destacar que no remite a su definición original ligada a “dar consejos”, sino que este concepto se asocia a los dispositivos de escucha y asesoramiento u orientación, en los cuales se busca generar un espacio en donde cada persona pueda tomar decisiones de manera autónoma e informada en función de sus necesidades y no en función de lo que la/el profesional plantee que debe hacer.

2- En otros encuadres, como el de Economía de la Salud, o en Gestión de Sistemas de Salud, el modelo de atención es uno de los tres componentes de un sistema de salud: dimensión económica (modelo de financiamiento), dimensión política (modelo de gestión) y dimensión técnico, médico o asistencial (modelo de atención). Desde este encuadre, el modelo de atención define la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo médico para dar respuesta adecuada a las necesidades y demandas de la población. Se refiere a cómo distribuir y cómo realizar las prestaciones de servicio médico. (Tobar, Federico). En nuestro análisis se considera al modelo de atención desde la perspectiva vincular de el o los profesionales de la salud y el usuario o paciente, en los niveles de microgestión de la atención o la prestación de servicios, la realización de actividades o el desarrollo de dispositivos relacionados al cuidado de la salud.

- El uso de estrategias de *control*³ vinculadas con la atención o con el acceso a recursos.
- Una concepción de *normalidad y anormalidad*, suponiendo, en general, que la normalidad es una categoría de lo natural y asociada a la heterosexualidad.
- La noción de sexualidad *inseparable de la reproducción* como sinónimo de aparato reproductor femenino y su funcionamiento.

Las modalidades de trabajo adoptadas por los equipos de salud aún se estructuran, fundamentalmente, desde la lógica de ese pensamiento clínico tradicional. Profesionales de otras disciplinas como enfermería, obstetricia y agentes sanitarios –que fueron inicialmente pensadas como auxiliares del trabajo médico– e, incluso, el modo de intervención tradicional de profesionales de la salud mental o las ciencias sociales, suelen desarrollar sus prácticas desde la misma perspectiva.

El trabajo en equipos interdisciplinarios y la capacidad de problematizar el modo en que se realiza la tarea puede aportar una mirada diferente e instalar la posibilidad de modificar el modo de hacer en la práctica clínica.

Los espacios de consejería abren la posibilidad de atender al cuidado de cuestiones que exceden el marco de la enfermedad: el equipo de salud se encuentra, en la mayoría de los casos, frente a personas que no acuden por una enfermedad, sino que están sanas y necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida, como es la sexualidad.

Cuando la usuaria o el usuario se acercan a la consejería varios aspectos de su vida están en juego, como sus relaciones sentimentales y familiares, su proyecto de vida y el grado de autonomía que puedan tener para disponer de su cuerpo en el marco de las relaciones desiguales entre los géneros.

Desde esta perspectiva, los espacios de consejería suponen un desafío en la práctica del rol profesional, en tanto incluyen estructuralmente la subjetividad de la persona usuaria y el contexto social en que está inmersa. Los deseos, inquietudes y temores que siente son tenidos en cuenta, sus saberes y creencias son considerados material de trabajo, y las condiciones de vida, que se traducen en posibilidades o

limitaciones, accesos o barreras, son ineludiblemente un elemento a evaluar.

Los espacios de consejería también permiten considerar la promoción, la prevención y la asistencia como parte del proceso de atención de salud, no como instancias separadas. En este sentido, el modelo de consejerías en salud sexual y salud reproductiva es un espacio de atención con criterio de *clínica ampliada*⁴: una atención centrada en las personas reales, donde el problema de salud es parte de su existencia. La atención de la salud sexual y la salud reproductiva incluye al problema, al contexto y al propio sujeto.

Nuevos contextos y desafíos para los equipos de salud

En el sistema de salud el rol de la mujer está fuertemente ligado a la maternidad, tanto por los problemas de salud en los que se concentraron las acciones de la atención primaria⁵, como por la apelación permanente a su función de cuidadora dentro de su grupo familiar. La focalización de políticas sanitarias en torno a lo materno infantil ha tendido a encasillar a las mujeres en su rol materno y a excluir a los varones de la atención de los servicios de salud. Ampliar el punto de vista acerca de la mujer, para pensarla más allá de su condición de madre⁶, es uno de los desafíos de atención dentro del sistema de salud, que tiende, en la actualidad, a la universalización de las acciones⁷.

La práctica de los profesionales enfrenta nuevos retos para la atención de la salud de las personas. En la actualidad, el conocimiento científico y los avances tecnológicos obligan al equipo de salud a manejar una gran cantidad de información que se renueva constantemente.

Atender a las personas desde una perspectiva de derechos y con enfoque de género, teniendo en cuenta sus expectativas, obliga a repensar estructuralmente la atención para incluir la subjetividad y el contexto social, abordando a cada persona desde su singularidad.

Asimismo, las denominadas *nuevas prevalencias de la transición epidemiológica* ponen en la agenda del sistema de salud temáticas como: violencia, patologías crónicas, discapacidad, tercera y cuarta edad, entre

3- Estas estrategias de control limitan el acceso a recursos de salud en pos de garantizar el cuidado de la misma. Por ejemplo, si bien la OMS no indica como necesario ningún estudio antes de colocar un DIU, en la práctica clínica, algunos profesionales solicitan estudios previos que retrasan el acceso de la usuaria a la utilización del método.

4- Ver Souza Campos G. La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada. 1997.

5- Ver Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS; 2007.

6- Ver Informe de Balance de Gestión 2003-2011. PNSSyPR, MSAL.

7- Este planteo está desarrollado en el Informe de Balance de Gestión 2003-2011. PNSSyPR, MSAL.

otras; que inciden y deben ser tenidas en cuenta en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva.

Por otro lado, aparecen nuevas demandas y expectativas de las personas usuarias hacia los equipos de salud. En algunos casos se espera, no siempre de manera explícita y consciente, que los equipos acompañen de otro modo. A veces, estas expectativas toman la forma de expresiones de cierto malestar o reticencia a la atención, que pueden no ser comprendidas y desatar situaciones conflictivas. En este sentido, el modelo de consejería se propone abordar estas situaciones centrando el proceso de atención en las necesidades y expectativas de las personas usuarias.

Un nuevo desafío aparece con la disponibilidad de acceso a redes de información que pueda implicar un cuestionamiento del rol tradicional de *saber* del efector de salud. La posibilidad de las usuarias y los usuarios de “googlear” y acceder a información, más allá de la que brinda el equipo de salud, abre una dimensión de mayor complejidad en la gestión de la misma. Ya no se trata de ser la fuente de saber sino del poder dialogar con una diversidad de saberes.

Asimismo, los logros alcanzados en materia de derechos, a raíz del trabajo perseverante de distintas organizaciones y colectivos, presentan nuevos desafíos para los equipos de salud. Por un lado, la irrupción de demandas de atención sobre temáticas o situaciones antes ausentes o invisibilizadas, como prácticas sexuales diversas o sexualidad en personas con discapacidad. Por otro lado, personas usuarias que se muestran en una nueva posición, al reconocerse como sujetos de derecho y ya no como “pacientes”; con todo lo que ello significa.

Otro nuevo desafío que se presenta es que la ampliación de la oferta de atención de la salud sexual y la salud reproductiva visibiliza la existencia de problemáticas muy complejas de 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. En este contexto se pone en mayor evidencia el rol de los efectores, equipos de salud y profesionales en el acompañamiento a personas en estas complejas y disímiles situaciones.

Construyendo otro modelo de atención

Estas nuevas y complejas demandas que impone el contexto actual van produciendo modificaciones en las respuestas de los equipos de salud, que cotidianamente generan nuevas estrategias en sus prácticas. Si estas estrategias se construyen reflexionando en equipo, y logran evaluarse y sistematizarse, es más probable que se puedan sostener en el tiempo y servir de ejemplo para otros. Un antecedente de transformaciones de este tipo es la experiencia en los últimos 25 años en materia de atención y prevención en torno a la temática de VIH/sida. Otro proceso similar es la construcción actual de consejerías para personas en situación de aborto.

Si bien el modelo de atención en salud tradicional –centrado en el pensamiento clínico, los controles, la segmentación tanto en la atención (APS selectiva) como en el abordaje de las/los pacientes, enfocado más en las necesidades que en los derechos⁸ y con hegemonía de unas profesiones sobre otras– ha logrado grandes avances mejorando los indicadores de salud en el siglo pasado, se muestra insuficiente para enfrentar los retos de la atención de la salud sexual y la salud reproductiva en la actualidad.

Todas las personas que integran el equipo de salud se encuentran ante la necesidad de instrumentar formas de atención transformadoras, que aproximen a las personas usuarias al cumplimiento de sus derechos y que permitan, además, mayor satisfacción profesional en la tarea diaria.

En este contexto, complejo y novedoso, la cuestión es ¿cómo realizar en la actividad cotidiana una práctica profesional para la atención en salud sexual y salud reproductiva que integre todas las dimensiones mencionadas? El reto es contribuir en la construcción de modelos de atención que contemplen e incluyan subjetividades diversas⁹, que promuevan la confianza en lugar de la crítica, que no se opongan sino que se integren en el trabajo de acompañar la construcción de autonomía de las personas, para su cuidado en relación con esferas tan íntimas de la vida como las de la sexualidad y la maternidad y paternidad.

8- Mercer, R. Del enfoque en necesidades al enfoque de derechos. Desarrollo Infantil, de las políticas públicas a las políticas de base comunitaria. FLACSO; 2012.

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

2

El modelo de atención de la consejería en salud sexual y salud reproductiva

¿Qué es una consejería en salud sexual y salud reproductiva?

Se la define como un espacio de *encuentro* entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, que tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible.

La tarea del profesional de la salud tiene varias dimensiones:

- Brindar información adecuada y oportuna.
- Alojar –en el sentido de construir un espacio donde se habiliten expresiones de la subjetividad– las inquietudes, dudas, deseos y temores, para resignificarlos, y apuntalar a las personas en su propio cuidado.
- Orientar y facilitar el acceso a determinadas prácticas y cuidados dentro del sistema de salud.
- Acompañar, con estrategias de promoción de la salud, en la construcción de autonomía y en la concientización sobre el ejercicio de los propios derechos sexuales y derechos reproductivos.

En todos los casos las consejerías son espacios de asesoramiento personalizado y deben estar orientadas por la singularidad de la situación de la o el consultante. Cada situación es única y, como tal, necesita de intervenciones también singulares, adecuadas siempre al contexto.

Este modelo de atención parte del saber que tienen las personas sobre sí mismas, habilitando la posibilidad de trabajar a partir de los propios recursos de cuidado de los que siempre disponen, en mayor o menor medida. En este sentido, entonces, en el encuentro de las consejerías se habilita una *construcción conjunta de saberes* –entre el equipo de salud y las personas consultantes– sobre temas relacionados con la salud

en torno a la sexualidad y a la reproducción como parte integral de las personas y, por ello, con sus características de singularidad.

En las consejerías, necesariamente, hay un aprendizaje mutuo, un ida y vuelta entre los saberes del profesional y los de la persona usuaria.

Dentro de estos espacios hay diversos contenidos temáticos a ser abordados:

- Ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- Reflexiones en torno a las relaciones de género y posibilidades de elegir.
- Abordaje de la dimensión del placer.
- Ciclo menstrual.
- Anticoncepción.
- Recursos de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Autoexamen de mamas y observación de los genitales.
- Negociación del uso de preservativos como estrategia preventiva.
- Situaciones de vulnerabilidad de las personas en relación a sus vínculos.

El abordaje de estas temáticas hace necesario que los integrantes del equipo de salud desarrollen *competencias* profesionales acordes para la tarea de acompañar, brindar información oportuna y adecuada, y trabajar en la concientización y la construcción de autonomía. Para esto, es necesario desarrollar espacios de capacitación¹ y reflexión sobre las propias prácticas. Tanto el estudio individual, como los espacios de capacitación colectivos entre los distintos integrantes del equipo de salud, son componentes indispensables del espacio de consejería.

1- En la actualidad, se cuenta con una variedad de materiales editados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y con documentos y artículos que se explicitan en la bibliografía, la mayoría de acceso libre y disponible en argentina.gob.ar/salud.

Las acciones no estarán orientadas a la medicalización de la sexualidad, sino al trabajo preventivo y constructor de cuidados. En las consejerías el rol de los integrantes del equipo de salud es el de generar un espacio favorable para que las usuarias y los usuarios puedan plantear sus dudas, deseos y necesidades en torno a los temas de salud ligados a la sexualidad, y donde se faciliten herramientas y recursos para que las personas tomen sus propias decisiones. Esto requiere, por parte del profesional, asumir un rol activo, pero no invasivo: las consejerías imponen el desafío de trabajar posibilitando un rol activo también en las personas consultantes.

Las consejerías se desarrollan como un *proceso*² en la atención de las personas: el proceso de construcción del vínculo entre la persona consultante y el efector de salud, que tiene que ser pensado más allá de la consulta puntual, para continuar el acompañamiento.

La mayoría de los integrantes de los equipos de salud no han recibido formación con este modelo de trabajo, por lo que es habitual que, para desarrollar dispositivos de consejería, inicialmente haya que hacer frente a ciertas modificaciones en las prácticas que involucren un proceso de trabajo transformador, buscando recursos dentro del propio equipo y fuera de él. Es mucho más fácil atender una persona que consulta, por ejemplo, por un cuadro grave de hemorragia que por una situación dilemática en torno a la planificación de cuándo tener hijas/os en el marco de una pareja violenta, o en la anticoncepción en lugares donde el acceso a los servicios de salud sea complicado. El trabajo interdisciplinario es fundamental para facilitar el acceso a la posibilidad de cuidado, sobre todo en la atención de personas en situaciones de mayor vulnerabilidad. De igual modo, son necesarias la reflexión sobre las propias prácticas y la investigación acerca de modalidades innovadoras, sobre todo cuando los equipos no cuentan con acceso a profesionales de las ciencias sociales y de la salud mental.

La consejería como modelo de atención implica plasticidad y posibilidad de adecuación que permita dar respuesta a situaciones de carácter único e irrepetible. Es por ello que están lejos de tener la rigidez de un protocolo, pero como modelo tienen un marco claro dentro del cual moverse: el trabajo con *perspectiva de género* y el *encuadre en derechos*.

Enfoque y perspectiva del modelo de consejería

Para que la consejería tenga en cuenta la realidad de las personas como sujetos con derechos e insertos

en un contexto cultural y social, el dispositivo debe orientarse hacia el enfoque de género y la perspectiva de derechos.

Se llama *enfoque de género* al abordaje que tiene en cuenta las desigualdades existentes entre las personas por su género y su orientación sexual, producto de la persistencia de relaciones de poder y los mandatos sociales. En el trabajo de consejería es importante tener en cuenta que las desigualdades de género están naturalizadas y dejan en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres y a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes.

Estas construcciones de género afectan gravemente a las mujeres, sometiéndolas a situaciones de violencia que dificultan su autonomía y posibilidades de autodeterminación especialmente en relación con sus cuerpos. El pensamiento binario³ y la heterosexualidad obligatoria restringen fuertemente el ejercicio de los derechos más básicos de personas travestis, trans, intersex, gays, lesbianas, etcétera.

Estos mandatos de género recaen también sobre los varones, a partir de una imagen estereotipada de la masculinidad que deja afuera aspectos de su desarrollo integral y puede obstaculizar su propio cuidado y el cuidado de otras personas.

Incorporar el enfoque de género en el equipo de salud permite estar alerta sobre la necesidad de, por ejemplo, conversar con una mujer heterosexual o bisexual sobre el grado de autonomía que tendrá para usar el método anticonceptivo requerido, si podrá acordarlo con la pareja o deberá ocultar su uso; si tiene posibilidades de decidir cuándo tener relaciones sexuales o si vive una situación de coerción o violencia sexual.

Atender desde una *perspectiva de derechos* significa orientar la consulta hacia el reconocimiento y ejercicio de los *derechos sexuales* y los *derechos reproductivos* de las personas usuarias. Este es el marco legal desde el cual el equipo de salud debe desarrollar la consejería.

Los *derechos sexuales* son los referidos al disfrute de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades, y con respeto de la orientación sexual y de la identidad de género de cada persona sin discriminación. En la consejería debe respetarse el nombre elegido por cada persona, formular preguntas amplias que no presupongan la heterosexualidad, identificar posibles situaciones de abuso y/o violencia sexual, y facilitar la escucha sobre temores, molestias y dificultades de las personas en el disfrute de su sexualidad.

2- La palabra *proceso* alude aquí a un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno u operación, y al transcurso de tiempo.

3- La lógica binaria se caracteriza por valorar solo dos términos, y dejar afuera cualquier otro que pueda establecerse entre ellos. El discurso médico ha establecido un modelo de dos sexos y, a lo largo de la historia, ha sancionado como "anormal" cualquier ambigüedad. Esta mirada dicotómica también se expresa en el género, y cuestiona cualquier opción que no sea varón/mujer, incluida la indefinición.

Los *derechos reproductivos* son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no hijas/os, con quién, cuántas/os y cuándo tenerlas/os, incluyendo el espaciamiento entre sus nacimientos. Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, en la consejería debe brindarse información suficiente y en términos comprensibles. En caso de que la persona decida usar un método anticonceptivo, brindar el que mejor se adapte a las posibilidades de salud y preferencias de cada persona.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles. Son inherentes a todas las personas sin distinción de edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual o religión. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los cuales están directamente relacionados.

Estos derechos están reconocidos en diferentes instrumentos legales: leyes, la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos y los tratados, declaraciones y conferencias internacionales a los que la Argentina suscribió. Las principales leyes nacionales que se refieren a derechos sexuales y derechos reproductivos son:

- **Ley nacional 25673 (2002) y su Decreto reglamentario 1282/2003:** crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Ministerio de Salud de la Nación, y marca como sus objetivos: “Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia,” “prevenir embarazos no deseados,” “promover la salud sexual de los adolescentes” y “garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable,” entre otros (art. 2). Asimismo, garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos.
- **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. Las personas con discapacidad mental o psicosocial tienen la misma capacidad jurídica que todas las demás personas para decidir o no por este método. Las personas, además, tienen derecho a contar con un sistema de apoyos necesarios para facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad. El apoyo puede ser brindado por el equipo de salud y los allegados de la persona. La discapacidad mental no debe ser excusa para no garantizar la autonomía de las personas. En aquellos casos donde haya

una sentencia de restricción de la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud (lo que ocurrirá de manera excepcionalísima a partir del Código Civil y Comercial vigente) la práctica deberá realizarse con autorización judicial.

- **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 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 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 1º 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 25273 crea un régimen especial de inasistencias justificadas por embarazo.
- **Ley 26061 (2005) Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes:** garantiza el derecho a la salud integral, incluida la salud sexual y la salud reproductiva, y el derecho a opinar y elegir.
- **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 los habitantes al cuidado y atención de la enfermedad. La Ley 24455 incluye la obligatoriedad de que las obras sociales garanticen los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con VIH, mientras la Ley 24754 incorpora la atención de las personas con VIH por parte de la medicina prepaga.

- **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.
- **Artículo 86 del Código Penal, 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 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de marzo de 2012.**
- **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 26862 (2013) Fertilización asistida:** establece el acceso a prestaciones de reproducción médicamente asistidas a todas las personas mayores de edad, cualquiera sea su orientación sexual o estado civil. La cobertura debe ser gratuita en hospitales públicos, obras sociales y prepagas.
- **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 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 26618 (2010) Matrimonio igualitario:** establece la posibilidad de que las parejas del mismo sexo puedan casarse en igualdad de condiciones que las parejas heterosexuales.
- **Ley 26378 (2008) Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad:** se reconoce el de-

recho de las personas con discapacidad a casarse y a fundar una familia, a decidir libremente, y de manera responsable, el número de hijas/os que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro. Asimismo, a tener acceso a información y educación, sobre reproducción y planificación familiar, apropiados para su edad, y que se les ofrezcan los medios necesarios para permitirles ejercer esos derechos. También, a mantener su fertilidad. 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. Asimismo, tienen derecho a que se realicen los ajustes razonables y a recibir los apoyos necesarios para facilitar la comprensión de la información y la accesibilidad a las prácticas.

- **Artículo 26 del Código Civil y Comercial, sobre el régimen legal para el consentimiento autónomo en el cuidado del propio cuerpo:** En el caso de niñas/os 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. Respecto de las prácticas de salud sexual y salud reproductiva, la Resolución 65/2015 MSAL señala que a partir de los 13 años las/los adolescentes pueden acceder de forma autónoma a métodos anticonceptivos reversibles, al testeo de VIH y, en general, a todas las prácticas que no impliquen un riesgo grave para la salud o la vida.
- **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.

Tipos de consejería

Se entiende a la consejería como un espacio de encuentro, que generalmente es privado e implica confidencialidad. Sin embargo, en sentido amplio, la reflexión acerca de la salud sexual y la salud reproductiva puede propiciarse, así como en un espacio individual y personalizado, también en encuentros grupales e incluso mediante acciones comunicacionales en el ámbito institucional o comunitario.

Estas esferas son diferentes. Requieren y adquieren formas diferentes de abordaje de las situaciones, pero no deben ser pensadas como compartimentos separados, ya que en muchas ocasiones, una reflexión o pensamiento comienza con la recepción de una comunicación en el ámbito institucional o comunitario. Hay procesos de tomas de decisiones que se inician en un taller al confrontar las propias ideas con las de otras/ otros integrantes y continúan en un espacio individual, como una consejería. Todas pueden pensarse como instancias complementarias.

En relación con las consejerías como espacios individuales, privados y confidenciales, estas pueden adoptar diferentes formas y ocurrir en diversas situaciones de atención. El ordenador de este encuentro, y su particularidad, es que está centrado en la necesidad de la persona. Es un espacio privado: la intimidad y la confidencialidad son principios fundamentales que siempre deberían guiar el quehacer en una consejería.

Se identifican dos modalidades:

- la consejería propiamente dicha;
- la oportunidad en la asistencia.

En cuanto a la *consejería propiamente dicha*, es un espacio pensado específicamente para propiciar reflexiones acerca de la sexualidad; brindar información sobre salud y derechos; acompañar la toma de decisiones acerca de anticoncepción, embarazo, parto o interrupción del embarazo, ejercicio de la sexualidad, prácticas de cuidado; y favorecer procesos en que las personas se asuman como sujetos de derecho. Como dispositivo *ad hoc*, el encuadre y la disponibilidad de tiempo son diferencias fundamentales con respecto a la *oportunidad en la asistencia*. La cita puede ser espontánea o programada, pero requiere mayor disponibilidad de tiempo, y se debe garantizar un espacio íntimo y sin interrupciones.

En *oportunidad en la asistencia*, por otro lado, es posible que se cuente con menor cantidad de tiempo, pero es una ocasión válida para generar un vínculo de confianza que habilite las demandas en relación con las necesidades de las personas.

En ambas modalidades el objetivo es entablar un nexo que permita que la persona tome la palabra para expresar sus necesidades. Sin embargo, en la *consejería propiamente dicha* hay una demanda activa por parte de la persona, mientras que en la *oportunidad en la asistencia* se trata de una propuesta que hace el profesional, por eso es una posibilidad de consejería, nunca una imposición. Puede darse en el consultorio cuando la persona se acerca por otro motivo, en espacios de internación o en la comunidad.

En todos los casos, debe haber disposición y consentimiento de la persona. Es importante establecer una

especie de contrato que permita poner en palabras que la consejería es un espacio confidencial y confiable, y clarificar cómo se entienden los roles profesional-persona usuaria en el encuentro. Es imprescindible que haya acuerdo, para poder abrir un espacio en el que la persona pueda reconocer sus necesidades o animarse a solicitar lo que desea.

Algunas competencias individuales y de equipo para el trabajo

Para trabajar en *oportunidad en la asistencia* es necesario desarrollar algunas competencias. Es indispensable tener gran flexibilidad para adaptarse a circunstancias diversas, ya que no hay, ni debe haber, un protocolo o receta para distinguir la oportunidad y abordar la atención. Y nunca se puede perder de vista que la oportunidad es de la persona: el equipo solo puede habilitarla.

La escucha activa y la capacidad de generar preguntas abiertas abren espacios que dan lugar para percibir lo que las personas necesitan. Estas actitudes por parte del/ de la profesional posibilitan que se expresen y se registren necesidades y deseos.

Cuando hay escucha activa en cualquier situación de atención, y la/el profesional propicia que circule la palabra, pueden surgir requerimientos de lo que la persona necesita. Preguntas simples y abiertas como: ¿hay otras cosas que le estén preocupando?, ¿algo que quiera contarme?, pueden dar lugar al relato de situaciones que deben poder contenerse. Es recomendable que el equipo cuente con un trabajo previo para anticipar cuáles son las problemáticas que pudieran aparecer en espacios de consejería en su comunidad, así como estar preparadas/os para actuar como equipo en el abordaje de situaciones no esperadas que puedan aparecer. Es importante conocer los recursos con los que se cuenta en el lugar de trabajo y estar preparadas/os para ofrecerlos, ir armando estrategias de atención, recurriendo a los saberes del propio equipo y tejer redes interinstitucionales y con otros actores de la comunidad, con quienes se pueda trabajar conjuntamente. Situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual y otras vulneraciones de derechos son temas que suelen abrirse en consultas de consejería.

Es imprescindible tratar de responder a los pedidos y necesidades de las personas, pero teniendo el cuidado de no interpretar lo que necesitan ni apurar sus decisiones. El proceso necesario para tomar decisiones requiere un tiempo que no debe apresurarse, ya que las determinaciones se sostienen cuando se toman de manera autónoma.

3

El encuentro de consejería

La organización del espacio. Elementos y encuadre de trabajo

La consejería es un espacio de encuentro, entre el profesional y la persona usuaria, que debe llevarse adelante en un ámbito privado, confidencial y de cuidado. Para garantizar este encuentro, es imprescindible trabajar con el equipo, y con todas las personas que participan de la dinámica del lugar, la importancia de respetar el encuadre de trabajo. Cuando se realizan consejerías como *oportunidad en la asistencia*, por ejemplo en una situación de internación, deben desplegarse estrategias para lograr la mayor privacidad posible.

Para la entrevista de *consejería propiamente dicha* es imprescindible disponer de un espacio que cumpla con algunos mínimos requerimientos. La puerta debe poder cerrarse para garantizar la privacidad e impedir que otros escuchen la conversación. Si se trata de un consultorio de doble circulación, una de las puertas de acceso interno debe permanecer siempre cerrada, evitando, de esa manera, que se abra y cierre durante la entrevista. Se recomienda el uso de carteles que señalen la necesidad de no ser interrumpidos, redactados de forma clara y amigable, ubicados a la altura de los ojos del/la potencial lector/a. Muchas veces las/los profesionales son requeridas/os en reiteradas oportunidades por diversos temas; una solución para impedir ser molestadas/os durante la entrevista es ubicar en la puerta una caja para colocar interconsultas, historias clínicas de próximos pacientes, etcétera.

La organización interna del espacio es fundamental. Antes de comenzar la tarea es conveniente ordenar los elementos que se precisan para la consulta: láminas o algún otro elemento didáctico, para hacer más comprensibles las explicaciones; folletos u otros materiales con información para entregar a la persona durante el encuentro o al finalizar el mismo. También es recomendable tener preparados, de estos elementos, por lo menos los imprescindibles cuando se ofrece consejería como oportunidad en la asistencia.

La distribución de mesas, sillas y otros muebles e instrumentos de trabajo puede facilitar o dificultar el desarrollo y el clima del encuentro. Es importante mirar a la persona que consulta a los ojos, y la disposición del espacio debe garantizar que eso pueda suceder. Quedar ubicados de costado, sin posibilidad de que eso ocurra, puede hacer que la comunicación sea ineficaz.

El ambiente y el clima deben posibilitar la comunicación, por eso es imprescindible estar sentados y cómodos, para dar lugar a la palabra y a la escucha: no se puede hacer consejería mientras la persona está siendo revisada en una camilla, parada o apurada por irse. Es importante lograr la mayor comodidad posible cuando se ofrece consejería como oportunidad en la asistencia.

Estas condiciones, con respecto al espacio y el tiempo, son algunas de las cuestiones que deben tenerse en cuenta en la gestión previa del espacio de consejería. Planificar la agenda de horarios junto con los responsables es otra de las tareas necesarias para sostener el espacio. Se debe disponer de por lo menos 20 minutos efectivos para la consulta, sabiendo que se puede extender, ya que depende de las situaciones o problemas que se desplieguen y que necesiten ser abordados.

En algunas situaciones, el equipo se encuentra obligado a brindar asesoramiento en encuentros más breves, incluso de cinco minutos si la urgencia lo requiere, pero esto debe ser la excepción y no la regla. La persona usuaria debe disponer de un tiempo para hacerse preguntas, comprender la información, evaluar opciones y tomar decisiones. De la misma manera, el profesional requiere de atención y paciencia para la escucha y de una actitud abierta a lo que la persona necesita, y es imposible que eso suceda cuando se está apurado pensando en lo que sigue. Sostener espacios de consejería significa poder planificar el uso del tiempo del consultorio de manera efectiva, tanto para la institución como para el/la profesional y, sobre todo, para las personas consultantes.

La entrevista

En el modelo tradicional de atención la consulta consta de algunos elementos invariables: el motivo de consulta, un interrogatorio basado en ese motivo, el examen físico, la presunción y estrategia diagnóstica, y la indicación de tratamiento. En el caso del modelo de consejería, varios momentos –no fijos sino flexibles– se articulan en base a la interacción, a la comunicación entre el/la profesional y la persona usuaria. El eje estructurante no es la metodología del pensamiento clínico sino el vínculo que se construye en el encuentro o en los sucesivos encuentros.

El encuadre de trabajo debe ser un marco, un continente lo suficientemente flexible pero ordenador como para alojar el vínculo profesional-persona usuaria. Es el/la profesional quien debe garantizarlo, quien enmarca lo que es posible y pertinente dentro de la consulta, para generar un espacio que permita la palabra, para que la persona logre identificar sus necesidades, y pueda apropiarse de las herramientas necesarias para el ejercicio de sus derechos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva.

La consejería es un proceso: el recorrido de ese proceso se va trazando a partir del hilo conductor que es el vínculo de confianza profesional-persona usuaria, que se construye a partir de comunicación y aprendizaje mutuo en la tarea de materializar las decisiones de la persona respecto a su salud sexual y salud reproductiva.

A diferencia de la consulta médica clásica, no hay momentos fijos o un protocolo de trabajo. El desarrollo del encuentro de consejería depende de la particularidad de la persona y de las circunstancias que esté atravesando en torno a su sexualidad, y especialmente de la posibilidad de manifestarlo en el espacio de consulta. Así como de sus posibilidades de tomar decisiones.

Las instancias de la consulta son variables justamente porque son la resultante de las necesidades y decisiones de cada persona en su contexto. Sin embargo, se pueden describir algunos momentos que no deben omitirse:

1. La presentación

Si el/la profesional llama a la persona usuaria desde su asiento en el consultorio, o se pone de pie y la invita a pasar, plantea una gran diferencia; estos detalles disponen de manera diferente a quien entra a una consulta. Este primer instante de presentación puede comenzar a generar la confianza y la cercanía adecuada para trabajar o, por el contrario, mostrar distancia y frialdad. En este momento es importante

preguntar a la persona cómo prefiere que la nombren. Todas las muletillas de nominación deben ser evitadas: “mami”, “gordi”, “preciosa”, “abuela”.

Antes de la consulta, es útil tomar un momento para pensar a quién se tendrá enfrente, leyendo la historia clínica o la información disponible acerca de esa persona o antecedentes en la atención. Para construir un vínculo habilitante, que posibilite el despliegue de situaciones personales e íntimas vinculadas a la sexualidad, es necesario que la o el profesional “reciba” a esa usuaria o usuario. Recibir en el sentido de albergar, de dar lugar a esa persona con sus preocupaciones, sus miedos, sus necesidades y sus posibilidades.

Hacer consejería en salud sexual requiere un trabajo sobre los propios prejuicios. Es importante que la/el profesional registre qué le pasa cuando se encuentra frente a la persona y advertir los prejuicios que pudiera tener, para evitar que esas ideas operen como obstáculo durante el encuentro: es indispensable reconocerlos para poder, en algún momento, dejarlos sin efecto, y trabajar lo más despojado posible.

La o el profesional también debe presentarse y dejar en claro cuál es su función y cuáles son los objetivos de la consejería: brindar información, atendiendo a las necesidades de la persona que consulta, para acompañarla en la toma de decisiones autónomas en relación a su salud.

Es necesario explicitar la confidencialidad del espacio, para que la persona pueda expresar sus creencias, sus saberes y preferencias. Es conveniente aclarar también que no es necesario que “diga toda la verdad” o contar algo que no desee. El profesional no es un juez, y las personas tienen derecho a decir lo que quieran y puedan.

2. Identificación de la necesidad o los temas a trabajar

Una vez hecha la presentación, es necesario trabajar sobre lo que trae la persona usuaria como demandas para, a partir de las mismas, identificar las necesidades relacionadas con su salud sexual y su salud reproductiva; poder priorizarlas de acuerdo a su urgencia, posibilidad y deseos para definir cuáles se tomarán en lo inmediato, cuáles luego y empezar a delinear en conjunto estrategias de abordaje.

La singularidad de la persona que acude a la consulta hace de cada situación de consejería una situación original. Pautas culturales, cuestiones generacionales, relaciones de género, creencias, expectativas, deseos y prácticas en torno a la sexualidad y la reproducción, configuran situaciones particulares atravesadas siem-

pre por el contexto y la biografía de la persona. No todas las personas poseen las mismas experiencias en relación al rol del/de la médico/a o del/ de la profesional de la salud, ni desean ser tratadas de la misma manera durante la consulta. Todas esas variables se ponen en juego en el encuentro, y es el/la profesional quien debe, desde su rol, darle lugar a la subjetividad de la persona usuaria sin prejuicios y con mirada abierta. Esto implica respetar y partir de lo que esta trae, más allá de lo que la/el profesional considere importante o no, correcto o adecuado desde su propia ideología.

Preguntas abiertas, como por ejemplo: “¿Qué te trae por acá?”, “¿Cómo anda?” pueden ser un buen comienzo para el diálogo, ya que apuntan a que sea la persona usuaria quien ponga en palabras sus inquietudes y demandas. Con una escucha atenta y sin pre-conceptos es posible “hacer foco” en las cuestiones más importantes o más urgentes entre la infinidad de posibilidades que pueden aparecer en el relato. En muchas ocasiones el relato es desordenado y es el/la profesional quien tiene que aportar con preguntas para permitir que la persona pueda identificar, entre todo lo que la convoca al espacio, sus inquietudes más relevantes. Es retomar algo de lo que la persona expresa, con extremo cuidado de no “hurgar” y de no avanzar más allá de lo que ella permita, para favorecer que, a partir de desplegar la demanda, la persona se escuche, puntualice y esclarezca sus necesidades y prioridades, evaluando también otras opciones posibles.

En este momento se define, siempre en acuerdo con la persona usuaria, qué es lo que se va a trabajar en este encuentro de consejería y qué otros temas serán abordados en próximos encuentros. De lo que se trata es de hacer un contrato de trabajo.

3. Intercambio de información y toma de decisiones

Una vez definidos el recorte de trabajo y los objetivos del encuentro, es necesario centrarse en brindar las herramientas necesarias para que la persona tome, lo más libre, autónoma y consciente posible, decisiones en relación a su sexualidad y su salud en los aspectos reproductivos. Esto implica poder desplegar opciones que puedan ser evaluadas y permitan tomar determinaciones.

Este proceso implica, a partir del diálogo:

- Usar un lenguaje sencillo y accesible, tomando en cuenta las diversas necesidades de la persona.

- Tener capacidad de escucha y tiempo para habilitar a la persona usuaria a realizar todas las consultas que necesite.
- Brindar información científicamente actualizada y validada, expresada en forma clara y adecuada a las necesidades y características de la persona usuaria, partiendo de sus saberes y experiencias previas.
- clarificar opciones posibles a partir de las situaciones planteadas y de los recursos existentes o posibles.
- Garantizar la confidencialidad de la consulta.
- Brindar información de manera graduada, ya que volúmenes muy grandes de información no siempre son incorporados y aprehendidos por quien los recibe.
- Corroborar la comprensión de la persona usuaria y aclarar todas las dudas, miedos y temores planteados.
- Acompañarla de manera no invasiva en la evaluación y toma de decisiones.

Es muy importante utilizar material didáctico como láminas, muestras de métodos anticonceptivos, maquetas de pene y vulva, entre otros, para apoyar las explicaciones y favorecer la comprensión.

Es posible que este “momento” tome todo el encuentro o incluso se prolongue a otros. Por tal motivo se concibe a las consejerías como procesos, con tiempos y modalidades que deben adaptarse a las necesidades y posibilidades de las personas usuarias.

Se pueden abordar temáticas diversas según las necesidades planteadas, entre otras:

- Conocimiento del cuerpo y órganos sexuales
- Fisiología de la sexualidad y la reproducción
- Métodos anticonceptivos
- Diversas prácticas sexuales
- Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Prácticas de cuidado
- Derechos sexuales y derechos reproductivos
- Sexualidad y placer
- Situaciones de violencia e inequidades de género
- Situaciones de aborto y causales de interrupción legal del embarazo¹
- Orientación e identidad sexual
- Procesos de hormonización o de cirugías de modificación corporal²

1- Abortos no punibles, artículo 86 del Código Penal. Fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de marzo de 2012. Ver Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. PNSSyPR, MSAL; 2015. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/index.php/component/bs_contenidos/?start=20

2- Ver: Atención de la Salud Integral de personas trans. Guía para equipos de salud. PNSSyPR, MSAL; 2015. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/index.php/component/bs_contenidos/?start=20

4. Acciones para implementar las decisiones

Durante este momento se consolidan las decisiones tomadas por la persona usuaria, poniendo en marcha las acciones para su materialización. Puede ser la oportunidad, asimismo, de reafirmar que las decisiones han sido tomadas sin presiones ni violencia, y que siguen vigentes.

Si es posible, hay que brindar, en ese momento, los recursos necesarios y/o planificar en conjunto las acciones para llevar adelante su determinación. En ese caso, es conveniente clarificar los pasos a seguir y hacer acuerdos con tiempos y responsables para evitar confusiones y malos entendidos. Este es el momento, también, de brindar información necesaria para la implementación de las acciones, y contemplar recursos y apoyos para la realización de las mismas. Puede resultar útil tener a mano material informativo *ad hoc* para las diferentes temáticas.

Si, por ejemplo, la persona eligió un método anticonceptivo como pastillas, es importante poder dárselo en el momento y explicar cuáles son las cuestiones a tener en cuenta para la toma o el uso, trabajar sobre los efectos secundarios y sobre las pautas de cuidado que se deben contemplar. Es recomendable entregar folletería para favorecer la adherencia al método. Si la persona decide realizarse el testeo de una ITS, clarificar los pasos a seguir para acceder al mismo, y que pueda evaluar los recursos y apoyos que necesita.

Si la persona opta, luego de evaluar otras opciones, por un método permanente, como ligadura de trompas o vasectomía, el/la profesional debe brindar información acerca del procedimiento a realizarse de forma previa a la intervención, y la persona usuaria debe firmar el consentimiento informado, reafirmando, de esa manera, que ha tomado la decisión de manera autónoma.

El consentimiento informado² recorre todo el proceso de consulta y está enmarcado dentro de la Ley de Derechos del Paciente. Para que la persona usuaria pueda acceder a la toma de decisiones, el equipo de profesionales debe brindar la información según los criterios que ya quedaron detallados anteriormente. Debe estar contemplada la posibilidad de preguntar y repreguntar cuestiones que generen dudas o miedos, para poder construir una respuesta esclarecedora. Así, el consentimiento informado es el proceso por el cual, luego de esta información, la persona usuaria acepta, conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, determinados procedimientos.

Si bien este proceso atraviesa todo el modelo de consejerías, existen situaciones en las que, como mencionamos, debe ser expresado por escrito, como son: ligadura tubaria y vasectomía³, y otras intervenciones que impliquen procedimientos quirúrgicos.

Si son necesarias derivaciones, estas deben ser acompañadas y remitidas a personas de referencia, mediante una articulación asistida. Este momento se continúa en el seguimiento o acompañamiento en la sucesión de acciones para la materialización de la decisión.

5. Conclusión y cierre

El manejo del tiempo de entrevista es una habilidad que los equipos de salud van adquiriendo con la experiencia. El momento del cierre es importante porque puede definir la continuidad del vínculo y la posibilidad de posteriores encuentros.

Al momento del cierre y finalización, la/el profesional puede hacer una devolución sobre lo trabajado, sintetizar las reflexiones que se dieron en el proceso del encuentro y reafirmar acuerdos y tareas pendientes.

6. Registro de la entrevista

Al finalizar, es conveniente realizar el registro de la consulta en la historia clínica, plasmando toda la información que se necesite, asegurándose de que refleje una síntesis de lo que se pactó entre profesional y persona usuaria, las decisiones tomadas o las dudas con las que se retiró para seguir pensando, así como las acciones pendientes. Este registro apunta al próximo encuentro y ayuda a sostener el hilo del vínculo en futuros y sucesivos momentos de atención.

Es importante tener presente que la historia clínica se trata de un documento de las personas y que las mismas tienen derecho a acceder a lo escrito allí.⁴ Puede hacerse con el modelo de historia clínica orientada al tema o problema de consulta.

Otros registros usados en el dispositivo de consejería son los de estadísticas y los de entrega de métodos anticonceptivos. Todos estos registros son útiles para dar cuenta de lo trabajado a lo largo del tiempo y para realizar un monitoreo de las actividades, con el fin de repensar las prácticas de consejería. También pueden aportar datos para construir información acerca de la demanda: temas, edades, problemas, perfiles de consulta, etcétera.

2- Ley 26529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

3- Ley 26130 Anticoncepción quirúrgica.

4- Ley 26529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Algunas claves para la comunicación durante el encuentro de consejerías

- **Comunicar claramente la información.** Es importante brindar información en relación con opciones disponibles, avances científicos, riesgos y todo lo que se considere pertinente acerca de la temática abordada en la entrevista. Es central no ocultar información, siempre adecuando las herramientas comunicacionales a la persona usuaria. La comunicación debe tener en cuenta sus particularidades: adaptar el lenguaje, confirmar que lo dicho es comprendido, no dar explicaciones demasiado extensas o complejas, e invitar a la persona a que realice las preguntas necesarias o plantee sus dudas.
- **Invitar a hablar hasta donde la persona desee hacerlo.** El objetivo es habilitar la posibilidad de conversar sobre la sexualidad. Para ello, es indispensable asegurar la privacidad, la confidencialidad y el respeto por su intimidad. Existe una tensión entre, por un lado, invitar a la persona a que exprese lo que necesite acerca de su sexualidad haciendo preguntas abiertas y, por el otro, indagar para comprender y habilitar la posibilidad de hacer preguntas o demandas. Es importante no caer en “hurgar” sobre cuestiones que la persona no desea compartir.
- **Establecer una comunicación empática.** Es importante escuchar lo que la persona dice, generando un clima contenedor y prestando atención también a los sentimientos y emociones en juego. Mirar a la persona a los ojos es fundamental para establecer una comunicación empática: si el/la profesional mantiene la cabeza baja o solo mira la historia clínica, es muy difícil que la otra persona se sienta contenida y escuchada para hablar. Retomar frases o temáticas planteadas por la persona es otra práctica que puede ayudar a establecer una comunicación empática.
- **Dar lugar al silencio.** En la medida en que se abra un espacio que permita momentos de silencio, es probable que las personas se animen a preguntar y a contar; en cambio, si la entrevista está cargada de palabras del/de la profesional, es más difícil que se habilite esa posibilidad.
- **Tener en cuenta las creencias y saberes de las personas.** Es indispensable recordar que los saberes previos, creencias, temores y sentimientos de la persona, en relación con su salud sexual y su salud reproductiva, son material imprescindible para la toma de decisiones. Quienes concurren a la consulta para elegir un método anticonceptivo, por ejemplo, tienen derecho a acceder a nueva información para realizar la elección, pero esta siempre

debe ponerse en diálogo con sus ideas y experiencias previas. Para ello, es importante partir de lo que la persona conoce y sabe: “¿Ya usaste pastillas?”, “¿Tuviste dolores de cabeza?”, “¿Cómo se cuidan las mujeres de tu familia?”

- **No juzgar ni valorar opiniones o decisiones de la persona usuaria.** El rol del equipo de consejería no es juzgar las conductas de la persona usuaria ni decirle lo que debe hacer, por eso es importante asumir una actitud y un tono que no resulten sancionadores, taxativos o terminantes. Una actitud abierta y comprensiva alberga mejor al otro, que puede pensar y sentir diferente. Lo que diga debe ser escuchado y respetado, no calificado como correcto o incorrecto, y tampoco debe ser evaluado como cierto o falaz.
- **Tener en cuenta los condicionamientos de género.** En el ejercicio de la sexualidad, y a la hora de elegir un método anticonceptivo, las relaciones de género pueden resultar condicionantes y deben ser tenidas en cuenta. Es importante generar un espacio para que estas cuestiones puedan ser conversadas entre el/la profesional y quien consulta, para brindar herramientas y pensar conjuntamente estrategias que favorezcan elecciones libres. Para esto, pueden hacerse preguntas como “¿y tu pareja –en caso de que la tenga– qué piensa?” o incluir el tema con afirmaciones generales como “hay mujeres que prefieren no usar pastillas porque les cuesta mantener en secreto la toma, en ese caso los anticonceptivos inyectables son una alternativa”, en lugar de preguntar.
- **No presuponer que la persona usuaria es heterosexual.** En general se hacen preguntas o se brinda información sobre anticoncepción, por ejemplo, suponiendo a la heterosexualidad como única posibilidad. Esto produce, habitualmente, que algunas personas oculten su orientación sexual por temor o vergüenza, y no se vean habilitadas para hacer consultas sobre preocupaciones acerca de su salud sexual y su salud reproductiva. Trabajar este tema dentro del equipo de consejería lleva a mejorar las prácticas en atención y a evitar situaciones de maltrato que, aunque no sean intencionales, son violentas y discriminatorias.

4

Organización y gestión de las consejerías

Algunos criterios para su implementación

Implementar una consejería en salud sexual y salud reproductiva es un proceso que requiere tiempo, espacios, definiciones institucionales, acuerdos de trabajo, momentos de capacitación y conformación, reuniones de equipo, y evaluación de las acciones que se irán llevando a cabo, entre otros procesos.

Para que esta implementación sea posible es necesario que, por lo menos, una o dos personas del equipo de salud se comprometan con la gestión del espacio de consejería. Gestionar implica, en este caso, trabajar con el objetivo de conseguir y utilizar los distintos tipos de recursos para lograr que exista, y se sostenga en la institución, este espacio, con las diferentes actividades que implique.

La implementación del espacio de consejería requiere de una mirada estratégica, es decir, ponerse objetivos en contexto: visualizando los facilitadores y obstáculos para conseguirlos, e identificando aliados. También requiere acciones estratégicas: que aprovechen los cambios y las oportunidades, movilizándolo los recursos disponibles. Esto es, no esperar sino hacer que las cosas sucedan.

Este modo de trabajo implica creatividad y gran flexibilidad para, a partir de las circunstancias, poder alcanzar los objetivos. Para esto es fundamental un funcionamiento participativo y horizontal, donde todos los integrantes del equipo de salud, que conforman el espacio de consejerías, sean protagonistas de las decisiones y responsables de su implementación. Esta metodología de trabajo permite visibilizar la flexibilidad de cada integrante y utilizarla como estrategia de planificación.

No hay una estrategia única ni recetas: la realidad local, la viabilidad institucional y las características del equipo y la institución, indican cuál es el mejor camino a seguir para lograrlo. En todos los casos, es indispensable que, en equipo, se planifiquen las estrategias y se haga un seguimiento de las acciones.

Existen algunos criterios que pueden funcionar como guía para la implementación: *gradualidad* y *contextualización*. La gradualidad implica ir de a poco, partir de lo posible y ponerse metas reales y concretas, que se puedan evaluar periódicamente. Contextualizar es indispensable ya que la planificación debe ser acorde al momento actual y a la realidad local, para que el proceso de gestión resulte satisfactorio.

Algunas preguntas que permitan reflexionar sobre la implementación, una vez que se tiene en claro los objetivos a alcanzar, son:

- ¿Cuál es el contexto de base?
- ¿Con qué recursos se cuenta?
- ¿Qué recursos se pueden conseguir?
- ¿Quiénes están dispuestos?
- ¿Quiénes van a ser aliados para sostener el espacio?
- ¿Quiénes están en contra?, y en este caso ¿qué se puede negociar?

Las respuestas a preguntas como estas pueden guiar el proceso de planificación estratégica, para avanzar en la implementación. Es necesario generar apoyos mutuos dentro del equipo, y buscar respaldo y colaboración en los diferentes niveles institucionales y con otras organizaciones, para lograr el objetivo de instalar la consejería. Muchas veces es preciso negociar, acordando acciones, para conseguir resultados que signifiquen beneficios mutuos con otros actores y sectores, como la conducción de la institución, la farmacia, las personas encargadas de la atención al público, el servicio social, otros profesionales, incluso con referentes de la comunidad.

Condiciones institucionales y recursos necesarios

Las condiciones para la instalación y el sostenimiento del espacio de consejería se multiplican cuando existe el compromiso de integrantes del equipo con distintas formaciones¹, también con el apoyo del

1- Se entiende a los equipos de salud en un sentido amplio, es decir, pueden estar conformados por médicas y médicos, obstétricas y obstétricos, enfermeras y enfermeros, trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas y psicólogos, educadoras y educadores, comunicadoras y comunicadores, personal administrativo y de maestranza, entre otros, que trabajan cotidianamente en hospitales, centros de salud, unidades sanitarias móviles.

resto de los integrantes, de las coordinaciones y de otras instituciones y actores de la comunidad.

Es imprescindible hablar abiertamente dentro de la institución acerca de las características y requisitos de la consejería, dejando espacio para que se planteen interrogantes y obstáculos. Una de las primeras decisiones a tomar es definir quiénes van a ser las personas que van a asumir el rol de la gestión de la consejería. Esto permite el reconocimiento de esta tarea y su inclusión en la planificación más general de las actividades del efector. Aunque no implique una gran disponibilidad horaria, es necesario asegurar cierto ritmo y periodicidad.

La conformación de un grupo de trabajo es una tarea a mediano plazo que es necesario proponerse. Las personas que llevan adelante la gestión no necesariamente deben ser las mismas que realicen la atención dentro de las consejerías. Es importante que cada integrante ocupe un rol en el que se sienta seguro y con herramientas, y también que reconozca sus limitaciones.

Acciones y definiciones para la planificación²

Cuando se planifican las acciones, hay que tener en cuenta que no es posible pensar metas y alcanzarlas linealmente en el tiempo, una tras otra: a partir de las metas planteadas se van dando procesos de trabajo simultáneos, avances y retrocesos, a veces de modo circular.

Estas acciones se pueden resumir en:

- Identificar personas dispuestas a sumarse a la gestión y al espacio de consejería, y evaluar potencialidades individuales y aptitudes profesionales para llevar adelante las tareas.
- Definir cuáles van a ser las modalidades del trabajo en consejería y los diferentes espacios que se desarrollarán.
- Realizar acuerdos de trabajo con diferentes áreas dentro de la institución: atención al público, farmacia, enfermería, equipos de terreno, médicos pediatras, clínicos, salud mental y servicio social.
- Trabajar en la construcción de viabilidad y continuidad en la red, y acciones de referencia y contrareferencia con otros niveles de atención, a través de llamadas telefónicas, intercambio de mails y visitas a otras instituciones.

- Definir el espacio físico adecuado, tiempos y roles en la consejería: ¿qué días y horarios funciona?, ¿quiénes son las personas responsables? Estimar los tiempos disponibles, tanto para actividades de planificación y gestión como para la consulta. Una agenda o calendario, visible para todo el equipo, es de mucha utilidad.
- Gestión de recursos como folletería, materiales didácticos y otros insumos para el trabajo con las personas usuarias. Implica tratar de proveerse de materiales actualizados producidos por el Programa Nacional y los programas jurisdiccionales. Significa, también, encontrar modos para que el público acceda a los materiales cuando sea necesario, armar carteleras informativas y confeccionar piezas locales cuando surja la necesidad a partir de la tarea concreta.
- Gestionar la accesibilidad a métodos anticonceptivos, y garantizar la provisión en la consulta de consejería, incluyendo la posibilidad de colocación de DIU y de implantes en el momento. Los métodos hormonales y preservativos deben entregarse continua y oportunamente, incluso fuera del espacio de consejería. En estos casos, asegurar el circuito para la entrega del método con una amplitud de oferta horaria y facilitar las condiciones de dispensa para no restringir el acceso³.
- Definir cuáles son las necesidades de registro, tanto en historia clínica como del proceso de gestión: hojas de consultorio, registro de entrega de insumos, etcétera. La definición de qué se registra, el modo y la regularidad, debe estar sostenida en la importancia y la utilidad de la información, para analizar la propia práctica y realizar las modificaciones necesarias. Los datos registrados deben suministrar información útil para el monitoreo del trabajo en consejería: tanto de los pacientes y los motivos por los cuales concurren, como de la utilización de los recursos de red y la provisión de insumos en general, y de métodos anticonceptivos en particular.
- Armar una agenda de recursos para disponer de la información necesaria en todo el proceso de gestión y de atención: datos de los referentes de la red, horarios de atención para las derivaciones, contactos para la gestión de recursos materiales, insumos, información de referentes comunitarios, otros datos importantes para la atención, etcétera.
- Definir necesidades de capacitación del equipo de consejería y del equipo de salud, estudiar posibilidades y planificar actividades de capacitación, que

2- Para ampliar, ver Toro Papapietro L. Notas sobre planificación estratégica. México: MIMEO; 1999 (julio/agosto).

3- Ver Métodos anticonceptivos: Guía para un acceso sin barreras. PNSSyPR, MSAL; 2010.

pueden ser realizadas hacia adentro del equipo con los recursos que cuenta la institución o con equipos externos. Una opción de intervención posible es la organización de talleres internos, con el mismo equipo, coordinados por profesionales que ya hayan participado de alguna formación en talleres de esa temática, pidiendo asistencia técnica a los programas jurisdiccionales o al programa nacional, o buscando recursos docentes dentro de la comunidad donde se trabaja.

- Reuniones de evaluación, monitoreo y seguimiento tanto del espacio en general como de situaciones particulares.
- Evaluar la necesidad de supervisiones periódicas: buscar referentes en el tema que puedan acompañar reflexiones sobre situaciones complejas.

Un esquema para organizar el trabajo

Elementos centrales para la organización del trabajo:

- El lugar de la consejería en la institución de salud.
- El compromiso de la jefatura –o niveles con posibilidad de articular y gestionar recursos– de los hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).
- La vinculación con organizaciones de la comunidad –organizaciones de base, escuelas, comedores, asociaciones, clubes, etcétera–.
- El circuito metodológico de funcionamiento de la consejería hacia adentro de la institución: definir roles y funciones de cada área y espacio de reuniones del equipo de salud, para organización de la tarea y resolución de obstáculos.
- La inclusión de la lógica de participación-acción en el diseño de las líneas de trabajo: participación del equipo y, si es posible, de la población para repensar y reorganizar la consejería a partir de las lecciones aprendidas, mediante observaciones realizadas por propios integrantes del equipo de salud o por las personas usuarias.

Para realizar consejerías es necesario desarrollar algunas competencias, que son habilidades que las personas pueden incorporar a través del aprendizaje y la experiencia. Un espacio que facilita este aprendizaje son las reuniones de equipo para la reflexión crítica sobre las prácticas, desde una mirada que incorpore la complejidad en salud y el propio quehacer. Los espacios de formación deben permitir revisar los propios prejuicios o creencias.

Algunos de los propósitos de esta formación continua son:

- Centrar la intervención desde la perspectiva de derechos y con enfoque de género.
- Comprender los temores, desafíos y dificultades que enfrentan las personas al decidir sobre su salud sexual.
- Reconocer y manejar los propios prejuicios y temores.
- Diferenciar las creencias personales (religiosas, morales, ideológicas) del rol profesional.
- Desarrollar y mejorar habilidades de comunicación verbal y corporal, y de escucha activa.
- Desarrollar la capacidad de actuar y reflexionar sobre la propia intervención.
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo y de gestión.

Para realizar las consejerías es necesario contar con:

- Información precisa y actualizada sobre métodos anticonceptivos y criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud⁴, también información acerca de interrupción del embarazo, con el objetivo de poder brindar orientación para evitar riesgos.
- Claridad sobre el circuito de acceso a los métodos anticonceptivos según la realidad local. Todos los integrantes del equipo de salud involucrados en la consejería deben tener en claro: dónde se entregan los MAC, en qué horarios, con qué frecuencia y qué estrategias o reglas se acuerdan según particularidades de cada población⁵.
- Conocimiento actualizado sobre el marco legal vigente.
- Articulación con otras áreas del sistema de salud. Esto es necesario para interconsultas y para derivaciones. La articulación debe priorizar el sistema de referencia y contra-referencia local. Si no existe un sistema debe utilizarse el esquema de articulación

4- Ver Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de salud. PNSSyPR, MSAL; 2012.

5- Ver Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. PNSSyPR, MSAL; 2010.

asistida: es decir, el equipo debe conversar en forma directa con el/la profesional con quien se realizará la derivación para complementar el envío de una nota escrita que explique la situación.

- Agenda de recursos fuera del área de salud. Esto depende del problema que se deba atender y de los recursos a nivel local.
- Conocimientos sobre los saberes populares en relación con la salud sexual y salud reproductiva propios de su comunidad: es necesaria la capacidad de articular los saberes locales con los de la medicina para no deslegitimar ni subestimar a las personas en el momento del encuentro.

5

Actividades de comunicación y promoción

Las consejerías y el trabajo de promoción y comunicación

En los apartados precedentes, se describió a la consejería en salud sexual y salud reproductiva como un *modelo de atención en salud* que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación con su función reproductiva. La reflexión, el diálogo y la información sobre las diversas temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva pueden propiciarse en un espacio individual y personalizado. Pero también en encuentros grupales, o mediante acciones comunicacionales que se realizan en el ámbito institucional o comunitario.

Si la consejería queda relegada únicamente al ámbito del consultorio, sin conexión con otras actividades complementarias, pierde potencia. Este modo de atención personalizado puede ser fortalecido a partir de actividades de promoción y prevención grupales y comunitarias. Es posible realizar estas acciones en conjunto con instituciones, organizaciones y referentes de la comunidad, en diversos espacios.

Desde esta perspectiva, es necesario que las consejerías se potencien con estas otras acciones. Se trata de actividades vinculadas con la promoción del ejercicio efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que se despliegan dentro del espacio de salud, pero también en el territorio en articulación con diversos actores de la comunidad. En muchas ocasiones la pregunta o la necesidad de acercarse a un espacio de consejería comienza a partir de la interacción que se da en otros encuentros.

En ese sentido, existen preguntas respecto a la salud sexual y la salud reproductiva que se inician en un taller o en un diálogo de comunicación con el equipo de salud en el territorio. La interacción, la pregunta, la reflexión y el confrontar las propias ideas con las de otras personas genera, en muchas ocasiones, la necesidad de acercarse a un espacio de consejería, para obtener información y acompañamiento en la búsqueda por repensar las propias prácticas y tomar

decisiones sobre el cuidado de la salud sexual y el disfrute de la sexualidad.

Estos espacios de trabajo con la población requieren y adquieren formas diferentes de abordaje según el contexto. Tanto el contenido como la metodología deberán pensarse en función de las características y necesidades de las personas destinatarias, los recursos, el tiempo y el espacio disponibles. El trabajo con la población será lo que permita que las personas y el equipo de salud se conozcan y construyan un vínculo de confianza e intercambio, es decir, que sea identificado por la comunidad como un servicio de salud accesible, disminuyendo así las barreras y acercando comunidad y efector de salud.

En ese sentido, la difusión del espacio de consejería con los horarios y disponibilidad para la atención, y de otros servicios con los que cuenta el efector de salud, es central para que la población lo conozca y se acerque.

El trabajo en contexto de las acciones de promoción y comunicación

El conocimiento del contexto social y cultural de la población con la que se trabaja permitirá generar acciones de comunicación adecuadas. Para ello, resulta necesario conocer los lugares de referencia de las personas, especialmente las instituciones y organizaciones sociales que ocupan un espacio importante en la vida cotidiana de la población. Articular con dichos actores del territorio facilita construir canales de comunicación y organizar acciones de forma conjunta, que permitan el acercamiento de la comunidad a las actividades de prevención y comunicación, y también a las consejerías.

Por otro lado, a la hora de llevar a cabo acciones territoriales es necesario saber que es indispensable un proceso colectivo. Esto es, de construcción de equipos de trabajo, tanto entre integrantes del equipo de salud como en articulación con otros actores institu-

cionales y comunitarios. Tanto la construcción de un equipo entre integrantes del equipo de salud, como el acercamiento y la articulación con otros actores, tendrán tiempos específicos.

Es importante generar espacios de discusión y planificación. Esta tarea no estará exenta de complejidades, acuerdos, discusiones y aprendizajes. Cada actor tiene su historia y sus propias concepciones sobre la forma de trabajo con la población. Los acuerdos de trabajo que puedan construirse requieren de un diálogo genuino, en donde cada actor –también el equipo de salud– ponga en juego sus expectativas y saberes, a la vez que una escucha atenta sobre lo que otros actores proponen.

Algunas acciones comunicacionales

La comunicación como dimensión relacional, constitutiva de todos los vínculos intersubjetivos y sociales, está presente en todas las acciones de prevención, promoción y atención que realizan los equipos de salud. Qué se dice, cómo se dice, qué se escucha y cómo es esa escucha, es un aspecto central en todas las acciones del trabajo de estos equipos con la población, y es importante poder reflexionar sobre esta dimensión. Para potenciar las acciones y mejorar el diálogo, es necesario escuchar lo que la comunidad expresa y el modo en que lo hace, tanto en diálogos individuales como a través de actores organizados.

Poner a disposición de la población información es solo un aspecto del trabajo en comunicación. Sin embargo, es central trabajar en esta tarea de forma sistemática y planificada. Disponer de información precisa sobre las actividades que se realizan, en qué horarios y la forma de acceso, puede significar para las personas de la comunidad mejorar las oportunidades de acceder a una mejor atención. Asimismo, brindar información sobre los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, diversidad, formas de violencia, entre otros aspectos, puede generar preguntas que posibiliten acercamientos al espacio de consejerías.

Algunas acciones para construir canales de comunicación con la comunidad y difundir información son:

- **Mapeo.** Para que la comunicación funcione se debe pensar estratégicamente en términos geográficos, realizando un recorrido por el territorio e identificando actores claves. De manera conjunta, se pueden difundir las actividades a realizar, y la información llegará a los lugares que la propia gente de la comunidad toma como referencias.

- **Conocer y seleccionar materiales de difusión.**

Es importante conocer y familiarizarse con los diversos materiales comunicacionales con los que puede contarse. Es fundamental clarificar para qué situaciones y destinatarios/as son útiles cada uno de estos. No todos los materiales que están ya realizados pueden servir de soporte, algunos no reflejan las formas de trabajo de los equipos de salud, o no son adecuados para algunos grupos poblacionales. Una posibilidad compleja, pero interesante, es la adaptación o construcción de materiales propios.

- **Difusión en cascada.** Una vez identificados actores claves, ellos mismos pueden ser un recurso para que la información circule, socializando, compartiendo y distribuyendo información y folletería, o instalando carteleros con temáticas relacionadas. Así, el radio de llegada comenzará a expandirse, logrando que la información se difunda como en cascada; es decir que quienes la reciban puedan ser a la vez difusores/as de la misma, llegando cada vez a más personas.

- **Sistematizar redes de distribución.** Sostener la difusión a lo largo del tiempo implica tener un contacto periódico con quienes ofician de puntos de difusión. Tener un registro de los materiales que se entregan y comunicarse para su reposición, así como garantizar espacios de intercambio de la experiencia en la difusión y las respuestas por parte de la comunidad, resulta importante para afinar las estrategias de comunicación. Estos intercambios permitirán, además, notificarse de novedades tanto del efector de salud como de las instituciones y organizaciones con quienes se articula.

- **Utilizar medios de comunicación locales.** Una estrategia para socializar la información es tener en cuenta los medios de comunicación locales, que suelen ser importantes espacios de llegada a la comunidad. De esta forma, las radios, las revistas comunitarias e institucionales, entre otros espacios comunicacionales con que la población cuenta, pueden funcionar como canales a la hora de difundir información y promover los espacios de las consejerías.

- **Articular con proyectos existentes.** Hay proyectos que se desarrollan en escuelas, clubes deportivos, sociedades de fomento u otras instituciones u organizaciones, que pueden ser espacios para el acercamiento a diversos grupos de la comunidad. Tomar contacto con quienes los coordinan, así como acercarlos materiales de difusión, pueden permitirnos llegar a grupos específicos de la población.

- **Crear puestos de información en eventos.** Pueden armarse para ferias o eventos culturales realizados por instituciones o espacios comunitarios. Suele

ser convocante realizar en estos puestos actividades recreativas, juegos, etcétera.

- **Utilizar el calendario como recurso.** Se puede trabajar realizando eventos y campañas en fechas determinadas como: “28 de mayo: Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres”; “1 de diciembre: Día Mundial de la Lucha contra el SIDA,” etcétera.

Hoy, es evidente que es necesario ampliar las acciones más allá de las paredes del consultorio: la salud se despliega en diversos escenarios, algunos de ellos impensados. Esta perspectiva es una invitación a participar de ellos, visibilizando sus diferencias y sus particularidades, acompañando como equipo de salud a las personas y comunidades en su diversidad y complejidad.

Talleres de promoción de salud sexual y salud reproductiva

Una de las actividades privilegiadas para la promoción de diversos aspectos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva son los talleres. Y, como mencionamos, pueden ser, para muchas personas, un primer paso en un proceso de toma de decisiones vinculadas a la sexualidad, el cuidado y la salud en sus aspectos reproductivos, así como el inicio de un vínculo con el efector y el equipo de salud. Los talleres pueden potenciarse realizándose en articulación con otras instituciones y organizaciones presentes en la comunidad.

Un taller es un espacio de trabajo grupal en el que se aborda un tema integrando el pensar, el sentir y el hacer. Propone crear conocimiento e intercambiar reflexiones, propiciando la participación de las personas desde sus experiencias y saberes acerca de temas como sexualidad, salud y derechos. Se sostiene sobre una concepción de aprendizaje que recupera estos conocimientos previos. Aprender no es entender y recordar conceptos sino, especialmente, apropiarse de los propios saberes, de la propia experiencia y de la realidad que rodea a cada persona, para transformarla y transformarse en ese proceso.

Esta modalidad permite el despliegue de puntos de vista diversos que, durante la tarea, se confrontan para lograr construir nuevas miradas. No siempre es necesario llegar a una única conclusión o tener una única respuesta. Hay muchísimas preguntas que permiten más de una *respuesta correcta*, y lo central es que cada persona pueda generar sus propias preguntas y respuestas respecto a su salud sexual y su salud reproductiva.

Desde esta perspectiva, estos talleres con la población enriquecen y potencian el modelo de consejería. Al abrir un espacio para la pregunta, el diálogo y la reflexión, pueden fortalecer la toma de decisiones de las personas de manera autónoma e informada sobre su propia sexualidad. Pero también, al establecer canales de comunicación y de vínculo con el equipo de salud, los talleres posibilitan que las preguntas y las necesidades de los/as participantes se continúen trabajando luego en espacios de consejería personalizados.

Planificación

Antes de realizar el taller es esencial hacerse algunas preguntas que permitan organizar y enriquecer la planificación:

- *¿Qué?* Esta pregunta refiere al contenido del taller, la información que se quiere compartir y/o, incluso, las ideas que se quieren poner en cuestión. No todas las temáticas pueden abordarse de la misma manera, requieren dinámicas diferentes.
- *¿Por qué?* Esta pregunta permite hacer una evaluación de las cuestiones a trabajar, del tema propuesto: por qué se considera necesario abordarlo, cuáles son las necesidades en relación con el tema. Tener presente este aspecto del asunto permitirá, a su vez, explicitarlo al grupo.
- *¿Para qué?* Es el propósito del taller, el objetivo que se quiere alcanzar, sin perder de vista lo ideal y lo posible.
- *¿Quiénes?* Cuáles son las características de quienes participan: ¿cuántas/os son?, ¿de qué edades?, ¿hay vínculos previos entre ellos/as o no?, etcétera. Respecto a quienes coordinarán el taller, es una buena estrategia hacerlo entre dos personas para rotar los roles y para poder reflexionar sobre la tarea realizada.
- *¿Cuándo? ¿Dónde?* Aluden al encuadre de trabajo. Para elegir las dinámicas es necesario evaluar cómo es el lugar y de cuánto tiempo se dispone. Si es un taller en sala de espera, habrá que considerar la circulación de participantes, como así también invitar a los mismos al espacio de taller, ya que las personas presentes no concurren con ese objetivo, están en el espacio en el marco de otras consultas. Por otra parte, llevar el control del tiempo permite ir haciendo los ajustes necesarios durante el desarrollo.
- *¿Cómo?* Es la búsqueda de la técnica adecuada para conseguir los objetivos planteados. Se debe tener en cuenta: talleristas, participantes, espacio físico, tiempo del que se dispone, etcétera. Es probable que se necesite hacer adaptaciones a la dinámica elegida para alcanzar los objetivos propuestos.

- **¿Con qué?** Refiere a los recursos con los que se cuenta. Qué elementos se necesitan: papeles afiches, marcadores, proyector, equipo de música, juegos, otros elementos.
- **¿Cuánto?** Esta pregunta propone pensar, de antemano, qué proporción de los objetivos pueden ser alcanzados. Invita a pensar en la intensidad del taller: propuestas que impliquen poner el cuerpo o recordar momentos de la historia personal que puedan movilizar emociones fuertes, por ejemplo, no son aconsejables con participantes que no se conocen.

Algunas cuestiones a tener en cuenta

En talleres de un solo encuentro no están dadas las condiciones para desarrollar dinámicas que impliquen demasiada exposición de las/los participantes, o despierten sensaciones muy fuertes. No es aconsejable propiciar que se comparta material muy sensible cuando no hay un vínculo previo.

Quizás aparezcan actitudes de sabotaje de la tarea, o de competencia. Es importante prestar atención para intentar descifrar qué expresan tales actitudes. Censurar o sancionar estas reacciones cuando aparecen no resulta operativo ni enriquecedor.

Hay integrantes que pueden permanecer todo el encuentro sin emitir palabra. Desde la coordinación se puede propiciar la participación. Conviene no hacerlo individualmente para que nadie se sienta señalado/a o coaccionado/a para hablar.

Momentos del taller

- **Apertura:** es recomendable que este tramo del encuentro no sea demasiado extenso. Es la ocasión para explicitar el encuadre y las reglas. Es el mo-

mento de presentación y caldeamiento, en el que se *entra en clima*.

- **Desarrollo:** es el momento central del encuentro, el que requiere más tiempo y más atención en la planificación. Durante este tramo de la reunión se lleva a cabo la dinámica elegida. Es importante tener presentes los objetivos.
- **Cierre:** es el momento de evaluar lo trabajado, de manera individual y grupal. Resulta enriquecedor hacer una síntesis como devolución para quienes participan.
- **Momento informativo:** este momento es de gran importancia a la hora de vincular a las/los participantes con las consejerías. Se debe informar con claridad los lugares adonde concurrir, días y horarios.

Es una tarea importante instalar dentro del equipo la necesidad de la realización de los talleres como un espacio de trabajo que permite potenciar y complementar los espacios de atención individual.

Para obtener más información sobre la realización de talleres: se recomienda acceder al Kit "Experiencias para armar. Manual para talleres en salud sexual y salud reproductiva", efectuado por la DSSyR y que se encuentra en la web www.argentina.gob.ar/salud, en el Banco de Recursos para Equipos de Salud, dentro de la temática: Salud Sexual. Este material tuvo como objetivo enriquecer las tareas de promoción de la salud sexual, a partir de las experiencias acumuladas por los equipos de salud. Fue producto de un intenso trabajo colectivo que contó con la participación, no solo de quienes formamos parte del entonces Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (actualmente DSSyR), sino también de 111 integrantes de equipos de salud de todo el país y de otros programas y direcciones del entonces Ministerio de Salud de la Nación.

Fichas de trabajo

Aportes para la reflexión de los equipos que hacen consejería en salud sexual y salud reproductiva

El trabajo diario en atención primaria de la salud suele dejar poco tiempo para reflexionar sobre las prácticas, incorporar nuevos elementos de análisis y reformular las estrategias de atención.

Esta sección propone, precisamente, que quienes desarrollan o tienen en sus planes desarrollar consejerías en salud sexual y salud reproductiva cuenten con recursos para generar un espacio de reflexión interna como equipo.

Las fichas de trabajo que aquí se presentan incorporan investigaciones, artículos periodísticos e incluso posicionamientos de organizaciones sociales sobre temas vinculados a los derechos sexuales y derechos reproductivos; y constituyen un aporte para re trabajar temas clave al interior del equipo de salud y fortalecer los dispositivos de consejerías desde una perspectiva de género, diversidad y cumplimiento efectivo de los derechos humanos.

FICHAS DE TRABAJO POR TEMAS

Diversidad sexual

1. Conceptos básicos sobre diversidad sexual. Carlos Iván García Suárez.
2. Cambiemos las preguntas. Colectivo ESPARTILES.
3. El cuidado de la salud. La revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio.

Otros recursos para seguir formándose:

Una película: *Test de la vida real* (2009), de Florencia Marano. Un documental que presenta historias de cinco personas trans en España cuyas vivencias, ideas, deseos y reflexiones permiten repensar el binarismo predominante en nuestra sociedad.

Un libro: *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud.* Efectuado por la organización Capicüa.

Adolescencias

4. Conocimiento sobre el embarazo y la anticoncepción en mujeres y varones jóvenes. Alejandro Villa.
5. Experiencias de las y los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva. G. Shuster; S. Arminichiari; S. Chiarotti; M.C. Ciarnello; V. Della Siega.

Otros recursos para seguir formándose:

Una película: *L'enfant*, de los directores Jean-Pierre y Luc Dardenne. Origen: Bélgica. Duración: 95 minutos. Cuenta la historia de Bruno (20) y Sonia (18) que viven en un suburbio de Francia. Bruno vende al pequeño bebé recién nacido, pero luego a pedido de Sonia debe recuperarlo.

Un libro: *¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*, de Gloria Schuster y otros. Rosario: INSGENAR, UNFPA, International Women`s Coalition; 2010. Disponible en: http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_todo-bien.pdf

Embarazos no intencionales y situaciones de aborto

6. Consecuencias psicológicas del aborto inseguro. Aníbal Faúndes; José Barzelatto.
7. La reducción de riesgos y daños en embarazos no intencionales. Nina Zamberlin.
8. Proceso penal a médicos que se negaron a realizar un aborto no punible. Mariana Carbajal.

Otros recursos para seguir formándose:

Una película: *4 meses, 3 semanas y 2 días* (2007), del director Cristian Mungiu. Dos amigas recurren a un "Dr. Bebe" para que le practique a una de ellas un aborto. El hombre aprovechará la condición de clandestinidad para imponer condiciones.

Un libro: *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*, 2ª ed. Ginebra: OPS; 2012. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

Sexualidad y discapacidad

9. Personas con discapacidad

Un libro: *Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad aportes teóricos para una agenda de incidencia inclusiva*. Escrito por Sofía Minieri para la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), julio 2017.

Una película: *Informe especial de Visión 7 sobre sexualidad y discapacidad*, elaborado por Verónica González. Entrevistas a María Elena Villa Abrille, psicóloga y sexóloga, a Mónica Fenucci, coordinadora de un foro sobre sexualidad y discapacidad. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=yoKQsA2m-Zk>

Violencias que afectan la sexualidad

10. Una pedagogía contra la violencia

Un libro: *Maltratadas. Violencia de género en las relaciones de pareja* (Aguilar). Autora: Mariana Carbajal.

Una película: *Campaña "JUSTICIA DE GENERO"* - La Revisación Médica - Fundación AVON y AMJA

La salud pública y los pueblos indígenas

11. Encuentros, tensiones e interculturalidad

Un libro: *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. Editoras: Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti. Ed. UNSAM (2017). Disponible en: https://issuu.com/unsamedita/docs/salud._hirsch-lorenzetti_adelanto

Una película: *CANDABARE. Fiesta del verano tardío* (2001), de la directora Vanessa Ragone. Documental sobre el carnaval en honor a la Tierra celebrado por trece comunidades guaraníes del ramal jujeño. Disponible en: <https://vimeo.com/217383389>. Se recomienda buscar materiales vinculados a las comunidades indígenas o pueblos con los cuales se trabaje en cada ocasión específicamente.

1 Conceptos básicos sobre la diversidad sexual

Por Carlos Iván García Suárez.²

Claves de lectura

- Conocer y poner en juego los conceptos básicos sobre la diversidad sexual.
- Problematizar el binarismo en las concepciones sobre sexualidad.

Entendemos que los procesos de transformación cultural y social desbordan el tiempo en el que nosotros, los y las activistas, quisiéramos ver plasmadas nuestras luchas.

Esta propuesta conceptual y metodológica reconoce que la lógica que subyace a la discriminación por homofobia en la escuela, y en muchos otros ámbitos, trasciende y es más compleja que el binario “buenos-malos”; involucra el *desconocimiento social* de conceptos básicos sobre la diversidad sexual y la carencia en general de herramientas concretas para enfrentar la discriminación.

[...]

A pesar de una mayor visibilidad de las personas LGBT³, especialmente en la producción cultural del país, siguen existiendo numerosos imaginarios sociales y culturales basados en prejuicios. Tales imaginarios afectan a las personas LGBT en su vida cotidiana y se ven reforzados por su pertenencia a un sexo, una clase social o un grupo de edad. Por tal razón, los grupos de lesbianas, transgeneristas y jóvenes enfrentan una situación particularmente adversa.

El abordaje de la sexualidad, en Colombia, mucho tiempo ha estado limitado a la descripción anatómico-fisiológica de los aparatos reproductivos femenino y masculino, y a la prescripción moral de comportamientos sobre la base de un ideal de constitución de pareja adulta heterosexual establecida con fines procreativos.

El **sexo** es una distinción entre hembras y machos basada en las grandes regularidades de correspondencia en los cuerpos humanos entre tres componentes del mismo: el sexo cromosómico o genético –alelos XX o XY–, el sexo hormonal –carga diferenciada de hormonas femeninas y masculinas en todas las personas– y el sexo anatómico –pene o vulva al momento del nacimiento, y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a partir de la pubertad–.

La primacía en Occidente de una lógica de pensamiento dicotómica hace que esta distinción se haga en las dos configuraciones corporales nombradas, pero la propia naturaleza exhibe casos de menor correspondencia entre los componentes referidos que hacen difícil la asignación social del sexo, es decir, en casos de **intersexualidad**.

Aunque la literatura médica altamente especializada presenta diversas variantes de la intersexualidad, la más conocida y evidente es la de quienes desarrollan características físicas y genitales de los dos sexos. La ambigüedad genital, es decir, la copresencia de pene y vulva con un cierto grado de desarrollo dentro de un mismo cuerpo, es llamada por la medicina “hermafroditismo verdadero.” Las estadísticas sitúan en la actualidad uno por cada 2.000 o por cada 5.000 nacimientos los casos de intersexualidad en el ámbito mundial.

² García Suárez, Cl. Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia. Bogotá; 2007. (Fragmento.)

³ LGBT: Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans.

Género, por otro lado, supone pasar del campo de la biología al de la cultura. Desde mediados de los años 70, la definición que más se ha conservado es considerar el género como la construcción cultural de la diferencia sexual, en alusión al hecho de que, sobre la base de la distinción sexual, las sociedades humanas montan una gran cantidad de expectativas de comportamiento y oportunidades de actuación diferenciales entre hombres y mujeres.

En todo caso, la forma en la que se definen los modos apropiados de “ser hombre” o “ser mujer” obedece a una historicidad: están determinados por un aquí y un ahora, se construye en marcos espacio-temporales concretos. Aunque el contenido específico de las diferencias entre los géneros es dinámico de acuerdo con dicha historicidad, se debe reconocer que una constante histórica muy fuerte es el conjunto de las expectativas de todas las sociedades para que todas las hembras se conviertan en mujeres y los machos en hombres, y unas y otros no de cualquier modo, sino en consonancia con unos tipos regulados específicos.

Sin embargo, aquí se tensiona el pensamiento dicotómico, cuando se reconoce la existencia en todos los tiempos y culturas (lo que varían son los modos culturales de aceptación o de rechazo) de machos que desarrollan una identidad de género femenina y de hembras que desarrollan una identidad de género masculina. Ello corresponde al **transgenerismo**⁴. Las personas transgeneristas o transgénero son aquellas que desarrollan una identidad de género diferente a la que se les demanda socialmente en razón de su sexo biológico de pertenencia o que se encuentran en tránsito entre los géneros.

[...]

A menudo, las personas transgeneristas construyen una apariencia corporal y unas formas comunicativas correspondientes con el género construido –y no con el asignado–, aunque este no es su elemento definitorio, sino justamente su *identidad de género como percepción psicológica de sí mismo o misma*. Las personas transgeneristas pueden tener una orientación sexual heterosexual, homosexual o bisexual.

Finalmente, el esquema de género y de la sexualidad se completa con el componente de la orientación *afectivo-erótica*.

[...]

Por otro lado, **heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad** son denominaciones absolutamente contemporáneas, se crearon tan solo hacia la década de los setenta del siglo XIX por parte de médicos alemanes, por lo que esa idea social de que, en razón de su deseo, las personas construyen una identidad específica y se hacen distintas de otras, también es muy nueva. Lo visible antes –a veces aceptado, a veces penalizado– era la existencia de *prácticas sexuales específicas*.

Otro elemento crítico del *modelo de identidades fijas* es que deja por fuera a muchas personas que tienen prácticas ocasionales o permanentes, pero que no se narran desde lugares identitarios asociados a las mismas.

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



1. ¿Qué experiencias propias o cercanas es posible identificar en relación con las identidades de género que presenta este artículo?
2. ¿Qué elementos se introducen en este artículo para problematizar el pensamiento dicotómico?
3. Analizar con espíritu sincero y crítico cómo se involucran el binarismo y el modelo de identidades fijas en la consejería.

4- Nota de la editora del texto original: Transgenerismo es la categoría englobadora en Colombia. En Argentina se utiliza “trans” y engloba a las personas travestis, transexuales y transgénero.

Este año (2018) la Organización Mundial de la Salud retiró de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) a la transexualidad como trastorno mental.

2 Cambiemos las preguntas

Por Colectivo ESPARTILES.⁵

Claves de lectura

- Reconocer las barreras de acceso que la presunción de heterosexualidad genera en la atención ginecológica de las lesbianas.
- Problematizar las preguntas desde las cuales se aborda la atención en la consejería.

Una de las primeras preguntas que hace una ginecóloga/o cuando realiza la consulta, es: “¿Tenés relaciones?”; en caso de una respuesta afirmativa por parte de la paciente, en una línea de continuidad se formula la segunda pregunta: “¿Con qué te cuidás?”; de este modo, queda de manifiesto que estas preguntas están regidas por la presunción de que si somos mujeres tenemos relaciones sexuales exclusivamente con hombres⁶. Iniciar la consulta ginecológica de esta manera, predispone a que las lesbianas y mujeres bisexuales oculten su identidad sexual, por temor o vergüenza, dado que el silencio del médico/a confirma la estigmatización social que sobre nosotras recae.

La consulta médica está mediada por una relación asimétrica de poder, producto de una construcción histórica en la que el discurso médico ha expropiado a las mujeres en general –y a las lesbianas en particular– sus saberes sobre el cuerpo, imponiendo un tipo de conocimiento de carácter jerárquico. En este marco, es habitual encontrar situaciones o conductas en la atención a lesbianas por parte de médicos/as ginecólogas/os que entrañan una profunda violencia y sanción por la identidad sexual. Al respecto, podemos mencionar:

- Ante la respuesta de que “no nos cuidamos” –con métodos anticonceptivos, como se da por sobreentendido–, hay gesticulaciones o expresiones de la ginecóloga/o que demuestran adjudicarnos cierta irresponsabilidad por no cuidarnos. Acerca del cuidado es necesario aclarar que, prácticamente, no hay ginecólogos/as que brinden asesoramiento acerca del sexo seguro entre lesbianas.
- En ocasiones, cuando las lesbianas revelan su identidad sexual, las/os profesionales de salud ejercen estas conductas: bajan la cabeza y se instala un fuerte y hostil silencio; lanzan comentarios humillantes o desvalorizadores mientras transcurre la consulta; aceleran el ritmo de la consulta.
- En muchos casos, cuando quienes consultan son lesbianas y/o mujeres con atributos considerados “masculinos”, o también cuando las lesbianas revelan su identidad sexual al profesional, se las somete a un tacto vaginal de manera brusca, invasiva y violenta, y a toqueteos absolutamente innecesarios.
- Falta de información de los/as profesionales sobre las formas de protección para evitar la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) en las relaciones lésbicas.
- Se dan casos en que los/las profesionales subestiman a las lesbianas que efectivamente saben acerca de los cuidados pertinentes al mantenimiento de sexo seguro, desesti-

5- Colectivo ESPARTILES. Campaña nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud. ESPARTILES; 2006. (Fragmento.)

6- Lo que llamamos “presunción heterosexista”: se presume que todo el mundo es heterosexual, salvo que declare lo contrario. Así, se mantiene la invisibilidad y el desconocimiento hacia las lesbianas y toda identidad sexual disidente de la norma heterosexual y, a su vez, la heterosexualidad aparece como un hecho “natural”.

mando nuestros propios conocimientos acerca del contagio de enfermedades, tratándonos como seres incapaces de concebir ITS.

Todas estas situaciones se sostienen en supuestos tácitos de profundo carácter discriminatorio, y forman parte de la práctica diaria de quienes integran el sistema de salud.

Los prejuicios por parte de las/os profesionales de la medicina, particularmente notables en ginecología, pueden llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, preguntas carentes de sensibilidad y tacto, y comentarios sexistas y lesbofóbicos. Algunos de esos mitos y/o prejuicios suponen que:

- Las lesbianas no mantienen relaciones sexuales
- Las lesbianas no tienen relaciones sexuales con hombres
- Las lesbianas no corren riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH
- Las lesbianas no necesitan hacerse el Pap con la misma frecuencia que mujeres heterosexuales porque no practican la penetración
- La homosexualidad es una enfermedad⁷

[...]

Estos prejuicios, sumados a la invisibilización de la que todavía somos objeto las lesbianas en gran parte de la literatura médica y de la academia, también influyen en la casi nula existencia de investigaciones científicas serias y exhaustivas sobre nuestra salud, lo que a su vez dificulta nuestra atención en los sistemas de salud, aun por parte de aquellas/os profesionales carentes de prejuicios.

A continuación, detallaremos algunos de los problemas relacionados con nuestra salud ginecológica que como lesbianas hemos relevado.

Cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama

En cuanto al cáncer cérvico-uterino, los factores de riesgo son la portación del virus del papiloma humano (HPV), que puede transmitirse de mujer a mujer en la relación sexual, pero el factor de riesgo principal es no realizarse exámenes ginecológicos con frecuencia, lo que impide la detección temprana.

[...]

Otros de los factores primordiales y que más dependen de las políticas relacionadas con la salud son:

- El desconocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre las formas de protección para evitar la transmisión de infecciones de transmisión sexual entre lesbianas.
- Que estemos excluidas de una educación sexual libre de discriminación que nos brinde información eficaz acerca de cómo cuidarnos.
- Que no haya disponible en el mercado productos destinados específicamente a las lesbianas para mantener sexo seguro.

Infecciones de transmisión sexual y VIH/sida

Pese a que las lesbianas hemos sido consideradas tradicionalmente como un “grupo de bajo riesgo”⁸ frente al VIH/sida, las organizaciones de lesbianas que trabajan en el tema no concuerdan con esa definición. Entre otras razones, esgrimen las siguientes:

7- La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) retiró en 1973 la homosexualidad de su manual de diagnóstico. En 1990 la OMS eliminó la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

- El Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de los EEUU, que sienta criterio en el tema, solo considera lesbianas a las mujeres que han tenido relaciones sexuales solo con otras mujeres desde el año 1977 a la fecha, lo que deja afuera a muchísimas –si no a una mayoría– de lesbianas.
- Mujeres que fueron usuarias de drogas inyectables son incluidas solo en esa categoría, sin que se les pregunte su orientación sexual.
- Lesbianas que han estado o están casadas, o que se han practicado inseminación artificial con esperma no chequeado médicamente, o que tienen contactos sexuales esporádicos con varones, tampoco son registradas como una categoría especial cuando contraen el VIH.
- No existen investigaciones sobre prácticas sexuales entre mujeres y sus riesgos relativos de transmisión del VIH.

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus del papiloma humano (HPV), la gonorrea, la sífilis y las infecciones por hongos (vulvitis, vaginitis, cervicitis, candidiasis, moniliasis, etcétera.) aparentemente podrían transmitirse entre mujeres, pero tampoco existen investigaciones al respecto.

Derechos reproductivos

El mandato de la maternidad está estrechamente unido a la heterosexualidad obligatoria, ejerciendo una intensa presión para que todas las mujeres seamos madres. Las lesbianas hemos combatido esta relación opresiva que se establece entre ser mujer y ser madre. La maternidad es un derecho y, en tanto tal, se deben garantizar las circunstancias y los recursos para que así sea.

Sin embargo, en la mayoría de los países del mundo, las lesbianas que quieren ser madres solo tienen como alternativa la relación sexual con un varón. En algunos países, entre ellos Argentina⁹, Brasil y México –hasta donde sabemos–, las que cuentan con dinero suficiente pueden acceder a tratamientos privados de fertilización asistida, utilizando donantes anónimos o conocidos. Para la mayoría que no dispone de dinero, esa opción resulta inaccesible. [...]

Campaña “Cambiemos las preguntas”

“Estar en el closet” es una expresión coloquial que designa el ocultamiento de la preferencia sexoafectiva, porque su revelación puede acarrear malos tratos, castigos y sanciones. Entonces, podemos afirmar que uno de los principales problemas de salud para las lesbianas, y el que requiere de solución como paso fundamental para atender todos los otros, es el “closet”; es decir, la imposibilidad social de poder dar a conocer la identidad sexual y la imposición por parte de una cultura heterosexual normativa de vivir la sexualidad en secreto. El silenciamiento de los deseos y afectos, por un régimen socio-sexual que instala un modelo como norma para vivir la sexualidad, tiene profundas consecuencias psíquicas, emocionales y corporales en las lesbianas.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como: “la ausencia de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales.” Cuando el “closet” deja de ser solo un recurso eventual a utilizar frente a un medio hostil y se convierte en un modo de vida, en una barrera que no puede saltarse, sus consecuencias son precisamente las

8- El término “grupo de riesgo” tuvo como efecto estigmatizar a ciertos sectores de la población, especialmente a los gays; es por ello que no compartimos esta terminología en virtud de su carácter profundamente discriminatorio. En todo caso, podemos hablar de prácticas de riesgo, para las cuales hay formas seguras de realizarlas.

9- El presente artículo es anterior a la promulgación de la Ley 26862 de Reproducción Fertilización asistida del año 2013. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>

enunciadas por la definición precedente; constituyéndose, de este modo, en un problema de salud sexual.

Por esto mismo, la propuesta de la Campaña que llevamos adelante, destinada a todas aquellas instituciones, organismos y trabajadores/as vinculados a los sistemas de salud¹⁰, se convierte en exigencia: “Cambiemos las preguntas”. Adhiriendo a dos ideas sostenidas en el Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos, *Con todo al Aire*¹¹:

- El trato digno no depende de la calidad de recursos
- Respetar no cuesta, no ser respetadas sí tiene altos costos

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



1. ¿Qué experiencia hay en atención a mujeres lesbianas?
2. ¿Qué información novedosa sobre las necesidades de atención de la salud sexual y la salud reproductiva de la población lesbiana brinda este artículo? ¿Qué inseguridades y/o preguntas genera?
3. En la campaña “Cambiemos las preguntas” las autoras proponen comenzar la consulta con: “¿Mantiene relaciones sexuales con varones y/o mujeres?”; para predisponer a la usuaria a sentirse en un clima de confianza para expresar su orientación sexual y sus demandas de salud. Reconstruir en el equipo la forma en que se dialoga con las mujeres durante la consulta ginecológica. ¿Qué otras preguntas es necesario cambiar para incluir las diversas identidades y orientaciones sexuales?

10- Aquí se incluye: Subsecretarías o Ministerios de Salud, Programas Provinciales o Municipales de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Facultades de Medicina, Colegios Médicos, Hospitales y Clínicas, Sindicatos, Centros de Estudiantes, etcétera.

11- Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Chiarotti S, García Jurado M, Aucía A, Armichiardi S. Rosario: Insgenar (Instituto de Género y Desarrollo), Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer); 2003.

3 El cuidado de la salud¹²

Claves de lectura

- Reconocer cómo desde el sistema de salud se generan barreras de acceso a las personas trans.
- Identificar qué necesidades de atención tienen y debatir cómo darles respuesta.

El acceso a la salud por parte de las personas trans fue largamente coartado por el maltrato y la discriminación originada en la falta de información de las instituciones y efectores de salud sobre las personas trans. Llamadas por el nombre asignado al nacer y no el sentido como propio, obligadas a ser internadas en pabellones que contrariaban la identidad/ expresión de género autopercebida, entre otros, constituían todos actos vejatorios que las alejaban del efectivo ejercicio del derecho a la salud.

Ejercer el derecho a la salud fue una demanda históricamente presente en la lucha de las organizaciones trans. Varias fueron las intervenciones del activismo en la CABA dirigidas a detener la estigmatización que afectaba al colectivo. Por nombrar algunas de ellas, en 2007, por Resolución N° 2272/07, el Ministerio de Salud de la caba determinó que todos los servicios de salud debían respetar la identidad de género autopercebida de quienes concurrían. En 2009, se sancionó la Ley N° 3062, mediante la cual se debe respetar la identidad de género adoptada por travestis y transexuales y, a su solo requerimiento, el nombre adoptado debe ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión administrativa en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Poco después, en 2010, el fuero Contencioso Administrativo de la CABA permitió el cambio de documentación de Florencia Trinidad (conocida como “Florencia de la V”).

En 2011, se autorizó el cambio registral de B.R., mediante un fallo que subraya que ninguna persona debe someterse a procedimiento médico alguno para obtener el reconocimiento legal de su identidad de género. Fue, sin embargo, a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género (Ley N° 26743) que el Estado garantiza el derecho de todas las personas que lo deseen a cambiar su nombre y género en todos los instrumentos que acreditan su identidad, mediante un trámite administrativo y sin solicitar como requisito ningún tipo de procedimiento médico, psicológico o psiquiátrico. Garantiza también el acceso a todas las prestaciones de salud reconocidas a través del Plan Médico Obligatorio (PMO), incluidas la hormonización y las cirugías de modificación corporal para quienes lo soliciten. A partir de la sanción de la mencionada norma, en mayo de 2012, se abandona el paradigma internacional de patologización de ciertas identidades o expresiones de género que estuvo en vigor, en nuestro país, durante muchos años y que contribuyó a la exclusión, la discriminación y la criminalización de las personas trans.

Este nuevo paradigma, que se hizo eco de los reclamos de activistas y organizaciones trans, como se verá a lo largo de este capítulo, ha mejorado el ejercicio del derecho a la salud, históricamente vulnerado, pero queda aún pendiente la formación de los equipos de salud para una atención integral, para dar cumplimiento efectivo a la norma. El comportamiento de mujeres trans y travestis en lo que atañe al control regular de la salud ha cambiado notablemente entre los años 2005 —cuando se publica La Gesta del Nombre Propio— y 2016.

12- El cuidado de la salud, en La revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio. Publicación del Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Marzo de 2017

En 2005 controlaban su salud regularmente el 57,8% de quienes fueron encuestadas en aquella oportunidad, mientras que en 2016 el 87,6% de las personas consultadas para esta investigación dijeron hacerlo. El 12,4% restante (correspondiente al grupo entrevistado en 2016) manifestó no hacerlo por razones vinculadas a la discriminación ejercida por el sistema médico y al maltrato recibido de parte de sus efectores. En menor medida, mencionaron la falta de tiempo y el temor a portar una enfermedad de la que no se quiere saber.

[...]

A partir de la Ley de Identidad de Género, se vuelve imperativa la despatologización y desjudicialización de las expresiones de género; ellas ya no son vistas como patológicas y anormales. No obstante lo anterior, el 61,5% consideró que el trato por parte del cuerpo médico, los/as enfermeros/as y los/as administrativos/as mejoró con posterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género. Un 32,5% consideró que el trato sigue igual y solo el 3,6% dijo que empeoró.

Los hombres trans controlan de manera regular su salud en un 75,8%. Quienes no realizan este control (24,2%) mencionaron como razones la falta de tiempo, la discriminación en el sistema sanitario, contar con una obra social que no reconoce sus derechos y la expulsión que el mismo sistema de salud hace por no saber trabajar desde una perspectiva de género integral. Respecto de la percepción que tienen los hombres trans en relación con los cambios ocurridos en el sistema sanitario, el 54,5% considera que mejoró; el 36,4%, que sigue igual, y el 9,1%, que empeoró. En cuanto a la periodicidad con la que concurren al control médico, un 85,8% del grupo de travestis y mujeres trans dijo ir una vez o más al año; el 5,3%, al menos una vez cada dos años; el 6,5%, cada más de dos años, y el 0,6% dijo no haber ido nunca al médico. Algo similar sucede con los hombres trans: el 84,8% manifestó ir una vez o más al año; el 9,1%, al menos una vez cada dos años, y el 3%, cada más de dos años.

Al incorporar la variable edad al análisis del comportamiento asumido en términos de control de la salud en el grupo de travestis y mujeres trans, resulta que, en general, en todos los rangos etarios, la vigilancia de la salud es alta. Sin embargo, son las más jóvenes quienes lo hacen en menor proporción que las más grandes.

Entre las travestis y mujeres trans, la mayoría (45,6%) acude al médico por estar realizando un tratamiento, el 41,4% asiste al médico por chequeos preventivos y, finalmente, un 13% se presenta ante situaciones de urgencia médica.

No ocurre lo mismo en el caso de los hombres trans. Consultados acerca de las razones por las que acuden a un servicio de salud, ninguno contestó que lo hacía por motivos de prevención. Casi el 82% lo hace por un tratamiento y dentro de ese porcentaje, el 96,1% por un tratamiento hormonal.

[...]

El total de mujeres trans y travestis que manifestaron acudir al médico por motivos de tratamiento, el 62,5% lo hace por VIH. Una situación nueva respecto de 2005 es la concurrencia a controles médicos por tratamientos hormonales. Si bien el porcentaje es bajo (18,1%) se considera un comportamiento novedoso, ya que probablemente, está vinculado al uso del sistema de salud para la realización de modificaciones corporales. Antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género, esto no era posible o no era una práctica muy extendida. Otros tratamientos que se identificaron fueron terapias psicológicas (4,2%) y problemas derivados de la inyección de siliconas (4,2%).

[...]

En cuanto a la percepción de los cambios ocurridos en las posibilidades de acceder a la salud, luego de la sanción de la Ley de Identidad de Género, el 61,5% de las travestis y

mujeres trans consideró que el acceso a la salud mejoró, mientras que el 30,8% evaluó que no hubo cambios y el 4,7% manifestó que la situación empeoró.

[...]

Al comparar el tipo de intervenciones corporales prevalentes en 2005 y las correspondientes a 2016, resulta una pequeña disminución en el último año en lo que atañe a la inyección de siliconas y un aumento en el implante de prótesis mamarias. Con respecto a los tratamientos hormonales, no surgieron diferencias relevantes entre la información relevada en 2005 y la de 2016, salvo el hecho de que hay más personas que recurren al sistema público de salud para la realización de tratamientos hormonales. En 2005, el 92,6% se autoadministraba las hormonas, mientras que en 2016 este porcentaje bajó al 75%. [...]

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



- 1.** ¿Con qué dificultades, internas como equipo y generales como institución, es posible encontrarse para atender a personas trans?
- 2.** ¿Con qué estrategias el equipo de salud podría acercarse a las personas trans?, ¿qué acciones se pueden realizar para que las personas trans se sientan convocadas?
- 3.** En base al marco legal establecido en la Ley de Identidad de Género, ¿qué prácticas hay que modificar en los equipos de salud para garantizar los derechos a la salud de las personas trans?

4 Conocimiento sobre el embarazo y la anticoncepción en mujeres y varones jóvenes

Por Alejandro Villa.¹³

Claves de lectura

- Conocer las explicaciones que mujeres y varones jóvenes dan a los procesos relacionados con el embarazo y la anticoncepción.
- Reflexionar sobre las prácticas en la consejería al informar sobre anticoncepción y embarazo.
- Discutir otros abordajes posibles y el trabajo coordinado con otros actores.

La percepción de los sujetos sobre los momentos fértiles se indagó mediante dos preguntas: ¿cuándo puede quedar embarazada la mujer? y ¿cuándo el varón puede embarazar a la mujer?. Con posterioridad, también se les solicitó que dibujaran y nombraran las partes de los aparatos reproductores femenino y masculino, así como que describieran las funciones de las partes nombradas.

[...] En estratos pobres la mayoría de las explicaciones parten de modelos culturales del cuerpo que intentan incorporar las explicaciones biomédicas de diferentes formas. Las respuestas se pueden agrupar en tres grandes categorías, según la ubicación del momento fértil en el tiempo y la concepción sobre el proceso que desencadena la fertilidad y la fecundación:

1. Fertilidad en torno a días cercanos a la menstruación. Es la principal categoría en la que coinciden muchos varones y mujeres. Se localiza una “ovulación” en un período que puede comprender entre dos y diez días antes y después de la finalización de la menstruación. También en algunos casos se incluye a la menstruación como momento fértil. Las trompas de Falopio y su función casi nunca son nombradas. La concepción se explicaría por el desarrollo de óvulos en el ovario que descenderían hasta el útero y se convertirían en sangre menstrual; antes de convertirse en sangre menstrual y ante la apertura del cuello del útero, los espermatozoides podrían ingresar fácilmente, encontrarse con el óvulo y dar lugar a un embarazo. Es importante destacar que en toda esta lógica los óvulos se convierten en sangre menstrual y que, por lo tanto, esta es considerada un líquido fértil. De acuerdo con la lógica de los testimonios, se podría pensar que dicha sangre también puede ser homologada al semen como líquido fértil. Hallazgos similares fueron discutidos por Leal (1995) en Porto Alegre (Brasil) y por nosotros en la ciudad de Buenos Aires (Villa, 1997). Este sistema representacional del cuerpo coincide con lo que se ha denominado “sistema de tuberías”, en el cual fluyen o se obstruyen líquidos (Herman, 1994). Las explicaciones femeninas y masculinas son del siguiente tipo:

13- Villa A. Presencias masculinas en las decisiones reproductivas. Relaciones de género, regulación de la fecundidad y recursos cognitivos en mujeres y varones jóvenes de Buenos Aires. En Pantelides E, López E compiladoras. Varones Latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción. Buenos Aires: Paidós, Tramas Sociales; 2005.

- “Cinco días antes y después de –terminada– la menstruación¹⁴... los ovarios sirven para menstruar... cuando te está bajando la sangre, esa que no sirve, el espermatozoide se va al útero” (mujer).
- “El espermatozoide penetra en un óvulo que viene cayendo. La concepción se produce en el útero. Si no hay embarazo, cae y se llenó todo de sangre. La menstruación es la bajada de los óvulos muertos” (varón).

2. Fertilidad vinculada al ciclo ovárico. Es la segunda categoría en cuanto a la frecuencia en la que coinciden mujeres y varones. Alude a una ovulación que podría coincidir con el ciclo ovulatorio del modelo biomédico, ya que se la localiza cercana al día catorce del ciclo ovulatorio; pero al explicar la ocurrencia de un embarazo también se considera al óvulo como un líquido similar al espermatozoide masculino. La concepción se podría producir en las trompas, en otros casos en el útero, e incluso algunos varones aluden a la vagina. También se pueden identificar combinaciones del modelo biomédico con el cultural descrito en la primera categoría. Al analizar las explicaciones de esta población se podría conservar la idea de que la sangre menstrual es el óvulo que se ha convertido en sangre. Estas representaciones del aparato reproductor que incorporan nociones del modelo biomédico han sido estudiadas como reappropriaciones de nociones biomédicas a partir de un estudio con poblaciones de Porto Alegre (Victoria, 1995). Veamos algunos ejemplos:

- “En los días del medio, cuando está ovulando la mujer... cuando largó el óvulo y se junta con el espermatozoide en la trompa” (testimonios coincidentes de mujeres y varones).
- “Luego del día 10-15 se juntan las partes fértiles, los espermatozoides de la mujer y del hombre” (varón).
- “A partir de 10 días después de la menstruación hasta la próxima no puede quedar embarazada” (varón).
- “No puede quedar embarazada hasta 15 días después de la menstruación, luego puede quedar embarazada hasta la próxima. La mujer ovula en la vagina el día 15 y el espermatozoide se junta con el óvulo” (varón).

3. Fertilidad como resultado del tipo de actividad sexual. La tercera categoría, en la que coinciden pocos varones y mujeres, considera que la fertilidad se podría producir en cualquier momento, cuando el varón y mujer tienen orgasmos simultáneos en el acto sexual, “acaban juntos”. Los varones tienden a declarar que el orgasmo femenino dependería de la capacidad de ellos de provocarle placer a la mujer. Estos entrevistados no conocen órganos internos femeninos y masculinos, pero dibujan y describen genitales externos femeninos y masculinos: vagina, clítoris, pene y testículos, a los que vinculan con la provocación del placer sexual entre varón y mujer. Algunas explicaciones, tanto de hombres como de mujeres, sostienen que la mujer podría ovular en dicho momento y la concepción se podría producir en el útero o en la vagina. Esta idea supondría la reappropriación de la noción de ovulación del modelo biomédico incorporada a una lógica de unión de líquidos fértiles femeninos y masculinos, de sangre femenina y semen masculino. Las ideas más reiteradas son del tipo:

¹⁴ Es importante destacar que, cuando en el discurso de varones y mujeres se utiliza el término “n días después de la menstruación”, casi siempre se cuenta desde el momento de su finalización y no a partir del día de su inicio.

- “En cualquier momento, cuando la mujer y el hombre terminan juntos –en el acto sexual–” (mujer).
- “La ovulación es durante las relaciones sexuales y se juntan los espermatozoides de la mujer y el hombre” (varón).

También puede identificarse en algunos varones y mujeres la coexistencia de las tres categorizaciones ya analizadas y de diferentes reapropiaciones del modelo biomédico para explicar la fertilidad y la formación de embarazo.

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



1. ¿Cómo se incluye en las consejerías la información sobre órganos sexuales y su funcionamiento?
2. ¿Qué lugar se da en las intervenciones de las/los profesionales –en la atención y en talleres– a las ideas previas y representaciones sobre el cuerpo y el embarazo que tienen las y los adolescentes?
3. ¿Qué estrategias se utilizan para hacer más accesibles los conocimientos?
4. ¿Qué otras acciones se podrían desarrollar para profundizar la socialización de estos saberes? ¿Con qué otras instituciones o actores de la comunidad se podría contar para esto?

5 Experiencias de las y los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva

Por G. Shuster; S. Arminichiari; S. Chiarotti; M.C. Ciarnello; V. Della Siega.¹⁵

Claves de lectura

- Reconocer las barreras de acceso de las y los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Revisar las prácticas del equipo en la atención a adolescentes.
- Generar estrategias para garantizar los derechos que presenta el siguiente artículo.

El “todo bien” se escucha inmediatamente en las y los adolescentes para hacer referencia a experiencias de un parto, de un control, de una consulta. Pero también, y como al pasar, se dice “me da vergüenza”, “puso mala cara”, “te retan”. Y entonces el “todo bien” tendrá que ser puesto en clave de pregunta, para escuchar e interrogar una y otra vez desarrollando contextos que nos permitan desnaturalizar algunas situaciones.

Derecho a recibir un trato amigable y respetuoso

El registro de las condiciones en las que se desarrollaron las consultas, especialmente si se ha tenido oportunidad de abordar los motivos de la misma, si han podido contar con el tiempo necesario para ser escuchados, para contar con un espacio oportuno que posibilite expresar temores, dudas, interrogantes, nos acerca a las dificultades que hacíamos referencia al inicio:

En este punto, la mayoría de los/las adolescentes con quienes se relevó la información manifestó que tuvo oportunidad de expresar los motivos de la consulta. Sin embargo, reconocen que en muchos casos no lo hicieron, según sus propias palabras textuales, “por vergüenza”, “por nervios”, “por temor a no ser escuchado” o “por temor a no ser comprendido”. Otros manifestaron que no lo hicieron, según sus propias palabras, “porque el personal que los atendió no tenía mucha paciencia” o “porque eran brutos” (equipo, Misiones).

El equipo de Misiones recupera distintas situaciones de insultos, gritos, retos, comentarios humillantes, con doble sentido, chistes. Las/os adolescentes entrevistados/as manifestaron que son frecuentes escuchar frases como “a tu edad tendrías que dedicarte a estudiar”, “tendrías que haber aprendido a cuidarte”, “no tendrías que andar por ahí”. A una adolescente entrevistada una enfermera la dejó sola en la sala estando ya con fuertes dolores de parto, y el comentario de la médica fue “no sé para qué tienen hijos si después no los saben cuidar”.

El poder de las palabras no radica en aquello que se dice sino en el poder de quien lo dice, así, el reto, el silencio, la mirada que descalifica, juzga, no es la misma si se trata de profesionales de la salud, familiares, pares. Pero tampoco es la misma en el contexto de escuela que en una sala de emergencias, o en la experiencia de un parto. Desde aquí podemos dimensionar el impacto de estas situaciones en la vida de las/los adolescentes, que constituyen, sin duda, experiencias de malos tratos.

¹⁵- Shuster G, Arminichiari S, Chiarotti S, Ciarnello MC, Della Siega V. ¿Todo bien? Adolescencias y servicios de salud sexual y reproductiva. Rosario: INSGENAR, CLADEM; 2010.

Derecho a la intimidad y a la confidencialidad

Comprende el derecho a mantener los sentimientos, comportamientos, datos personales, libre de injerencias extrañas, con el mayor grado de privacidad visual y auditiva posible [...]:

“Siempre había mucha gente dando vuelta por los alrededores y escuchando lo que uno dice” (Misiones).

“... cuando estaba por tener a mi hijo, me hacían muchas veces tacto y creo que no se puede hacer eso. Había como 3 o 4 estudiantes varones y no me gustaba, no me preguntaron. Ellos cuentan como que vos no estás, ellos hablan entre ellos: ‘mirá, se hace así, tenés que poner así’. Hacen de cuenta que vos no estás” (Córdoba).

Otra dimensión de la vulneración a este derecho es violar el ámbito de confidencialidad de la consulta y se plasma en el “contar” a los familiares conocidos los motivos de una consulta:

“Entonces ella fue, sacó turno y le dieron los anticonceptivos, todo, pero cuando fue la mamá, que era conocida del dispensario, le comentaron que la hija había tenido su primera vez y que había venido a pedir anticonceptivos. Entonces fue una situación horrible para ella, que después tuvo que dar cuenta y contar todo en su casa... y a ella le afectó, ella no confía más en ir al médico, o sea, después cualquier consulta que quería ir a hacer, no la hacía porque ya se iban a enterar los padres. Ella tiene 16 años y no volvió más, así que cada vez que tiene que comprar algún anticonceptivo va a la farmacia y se lo automedica ella. No fue a retirar más al dispensario” (Córdoba).

En las situaciones en que los profesionales condicionan la atención a la participación de un adulto –justificada en la edad–, se limita la posibilidad de una consulta de carácter personal en un marco de intimidad. Considerando la edad no solo como la barrera significativa frente al cuidado en salud sexual y reproductiva en la población joven, sino además como vulnerabilización del respeto al derecho a la intimidad y a la confidencialidad. A partir de la edad se puede vulnerar el derecho a recibir un trato respetuoso, a la intimidad y también en el acceso a la información y toma de decisiones [...]:

Bianca: “Yo tengo una hija... Fui –al dispensario– a pedir anticonceptivos cuando ya la tuve y no me querían atender: ‘Tenés que venir con un mayor’ me dijo. ¿Y qué hice? ¡No fui más! Ahora me cuido con preservativos. ¡Los consigo por mi cuenta!”

Julieta: “Yo me quise hacer el análisis del sida, en el dispensario, y no me lo quisieron hacer, me decían que tenía que ir con un mayor. Fue el año pasado, tenía 16. ¿Y qué hice? No, no fui más y... nada. Porque yo me los quería hacer sin que supiera mi mamá” [...]

Paula: “¡Yo digo que están locos, no le pueden prohibir a una poder cuidarse!”

[...] Las situaciones halladas afirman que el no respeto por el derecho a la intimidad genera un conjunto de oportunidades perdidas para el cuidado de su salud, con las consecuencias que esto tiene especialmente en la prevención y cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Derecho a la información y a la toma de decisiones

La primera respuesta que escuchamos ha sido “todo bien”, pero cuando se profundiza aparecen otras experiencias. [...] Recuperando sus propias palabras, los agentes de salud que los atendieron: “pusieron caras feas ante las preguntas que queríamos hacer”, “es como si quisieran despacharte cuanto antes”, “la peor parte es cuando te quieren dar consejos sobre lo que tenías que haber hecho y no lo hiciste, por ejemplo estudiar o ser más grande para tener un hijo”

A partir de la información obtenida de las entrevistas, *muy pocos adolescentes toman decisiones sobre anticonceptivos utilizando la información recibida en los centros de salud*, la mayoría actúa por su cuenta decidiendo solos o con sus parejas, o asesorados por sus familiares o amigos/as. Otros, directamente no usan anticonceptivos, por desconocimiento o por algún otro motivo (equipo, Misiones).

En cuanto a los tiempos para recibir información clara, precisa, oportuna, con el espacio necesario para verificar que la misma se haya comprendido, los relatos que trae el equipo de Santa Fe, dan cuenta de cómo se restringe este derecho:

Una adolescente de 16 años que fue sola a la consulta, mencionó su atraso y el médico le preguntó el nombre y apellido, le hizo la receta y lo único que le dijo que vuelva cuando tenga la ecografía: “No me preguntó nada más, ni me dio tiempo para que pregunte”.

El equipo de Tucumán también recupera voces que dicen que son atendidos de manera “apurados y enojados”, haciendo comentarios como “te hubieses levantado más temprano”. En este contexto no hay lugar para las preguntas e inquietudes ni para que la información se pueda desarrollar de manera amigable y respetuosa.

La vergüenza, en un punto se relaciona con la intimidad, con la información, con el respeto. Cuando la consulta se da en un ambiente “amigable”, donde puedo hablar sin interrupciones, donde mi pregunta siempre es bien recibida, donde el otro me devuelve una mirada de respeto, de reconocimiento esta vergüenza pierde fuerza y se diluye.

El derecho a la información tiene que estar acompañado del derecho a la toma de decisiones, tarea compleja que no siempre se advierte y respeta desde el personal de salud, especialmente cuando se trata de mujeres y más aún jóvenes.

La autonomía se construye progresivamente a partir de la posibilidad de formarse un juicio propio y poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión. La falta de consideración de esta perspectiva se hace visible en el acceso a la información. Se presupone que las causas de todas las acciones que llevan adelante las y los jóvenes son la consecuencia solo de “falta de información y acceso a los recursos”. Si bien esto es clave, es necesario tener en cuenta –también– que las decisiones que se pueden tomar responden a multiplicidad de factores, entre ellos la propia historia personal. Al derecho de recibir información, veraz, oportuna, precisa, actualizada, completa, y tener acceso a los recursos, le sigue el derecho a decidir y que se respete esta elección aunque puede que no se comparta.

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



1. ¿Qué sucede en el servicio de salud en relación al trato, la intimidad y confidencialidad, la información y la toma de decisiones? ¿Qué fortalezas y debilidades hay para hacer efectivos estos derechos? ¿Qué aporta el artículo?
2. Sobre la edad para atender a las y los adolescentes sin compañía de adultos: ¿Qué miradas hay en el equipo? ¿Y en la institución? ¿Son compatibles con sus necesidades y derechos?
3. ¿Qué estrategias es posible instrumentar para mejorar el acceso de las y los adolescentes a la consejería?

6 Consecuencias psicológicas del aborto inseguro

Por Aníbal Faúndes y José Barzelatto.¹⁷

Claves de lectura

- Reflexionar de manera crítica acerca de las creencias, saberes e imaginarios acerca del aborto inducido.
- Contar con información científica sobre el impacto emocional del aborto inseguro.

Durante los últimos veinte años, los grupos opuestos al derecho de las mujeres al aborto han insistido en la existencia de un llamado “síndrome traumático del aborto” (Speckhard y Rue, 1992), pero un cuidadoso análisis de los datos lleva a la conclusión de que esta afección es más un mito que una realidad (JAMA, 1992).

En décadas recientes se han publicado varias revisiones de la literatura sobre las consecuencias psicológicas del aborto inducido (David et ál., 1978; Rogers et ál., 1989). Aunque sus hallazgos muestran algunas variaciones, todas las publicaciones coinciden en que las secuelas psicológicas adversas solo se producen en un pequeño porcentaje de las mujeres. En cambio, la frecuencia y gravedad de esas consecuencias son mucho más grandes entre las mujeres a quienes se niega un aborto, y los niños nacidos como resultado de esa imposibilidad de abortar también se ven afectados (David et ál., 1978; Handy, 1982; Romans-Clarkson, 1989; Daga, 1991).

Por otra parte, estudiosos de este tema relatan que la mayor parte de las mujeres que exhibían síntomas psicológicos –depresión, entre ellos– a raíz de abortos inducidos eran las que habían sufrido el mismo problema antes de la intervención o aquellas que no habían tomado la decisión de abortar por propia iniciativa sino como resultado de presiones externas, sobre todo de sus parejas (Romans-Clarkson, 1989).

Los síntomas psicológicos también se presentan cuando un embarazo deseado se interrumpe tras el diagnóstico de una malformación fetal grave (Adler et ál., 1990). Además, las presiones religiosas, sean de tipo cultural o confesional, que asignan una fuerte connotación negativa al aborto, también se asocian a una mayor posibilidad de complicaciones emocionales después de un aborto inducido (Zolese y Blacker, 1992; Russo y Kabul, 1997; Major et ál., 1998).

Un interesante estudio comparó, de manera prospectiva, la incidencia de la psicosis postparto y de la psicosis posterior al aborto inducido en una misma población, y comprobó que este problema era mucho más frecuente tras el nacimiento de un bebé que después de un aborto (Brewer, 1977). El autor sugiere que los cambios psicológicos por el nacimiento de un hijo son probablemente más profundos que después de un aborto, lo que puede explicar la mayor incidencia de la psicosis posterior al nacimiento de un bebé.

Si bien algunos estudios han señalado una incidencia más elevada de los síntomas psicológicos entre las mujeres más jóvenes (Zolese y Blacker, 1992), una investigación específicamente diseñada para evaluar esta cuestión, utilizando varias escalas psicológicas, encontró que el impacto psicológico del aborto inducido no era diferente en jóvenes de apenas 14 años que en mujeres mayores (Pope et ál., 2001).

17- Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto. En busca de un consenso. Colombia: Tercer Mundo Editores; 2005.

También se constató un incremento de las emociones positivas luego del aborto, en comparación con el período anterior a la intervención. Por otra parte, no queda claro si las posibilidades de perturbaciones psicológicas son más grandes entre las mujeres que han tenido o no han tenido un hijo anteriormente, ya que diferentes estudios muestran resultados contradictorios (Payne et ál., 1976; Zolese y Blacker, 1992).

La principal conclusión es que la interrupción del embarazo no tiene consecuencias psicológicas negativas para las mujeres que toman la decisión por cuenta propia y sin presiones externas. Tal fue la conclusión unánime de un panel de expertos convocados por la *American Psychological Association* para discutir el tema del aborto legal en Estados Unidos (Adler, 1989). Si bien hay descripciones anecdóticas de depresiones graves, e incluso de psicosis muchos años después del aborto (Butler, 1996), no resulta claro si las mismas mujeres no hubieran tenido las mismas perturbaciones psicológicas, u otras más graves, de no haber sufrido un aborto (Handy, 1982; Daga, 1991).

Los autores de una revisión transnacional efectuada en la década de 1970 concluyeron que la consecuencia psicológica más habitual del aborto "era, con mucho, el alivio" (Davis et ál., 1978). Además, también deben considerarse las consecuencias psicológicas de negar el aborto, dado que la continuación de un embarazo no deseado hasta el nacimiento de un bebé puede tener repercusiones aún más graves para la mujer y el niño. Entre los niños nacidos como consecuencia de esos embarazos no deseados se describe un alto riesgo de sufrir diversas dificultades en sus relaciones sociales e interpersonales (Furstenberg et ál., 1989; Daga, 1991).

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



1. ¿Cuáles son los mitos y creencias que circulan respecto del aborto y su impacto psicológico?
2. Debatir acerca de las intervenciones y estrategias de promoción de los derechos sexuales y reproductivos referidos a la temática del aborto que se podrían diseñar como equipo.

7 La reducción de riesgos y daños en embarazos no intencionales

Por Nina Zamberlin.¹⁸

Claves de lectura

- Conocer los principios de la reducción de riesgos y daños aplicada a embarazos no intencionales.
- Analizar las características de las consejerías pre y post aborto y evaluar sus posibilidades de implementación a nivel local.

La interrupción del embarazo es una práctica ancestral que ha existido siempre independientemente de la sanción social, moral o legal. Las cifras de mortalidad y morbilidad asociadas al aborto inseguro demuestran, de manera dramática y contundente, que la prohibición legal del aborto no lo previene sino que lo vuelve riesgoso, especialmente para las mujeres más pobres. La desesperación frente a un embarazo no deseado puede conducir a conductas de alto riesgo que provocan sufrimiento y daños así como la muerte de mujeres en todo el mundo (Grimes, 2006).

Según las últimas estimaciones de la OMS, anualmente ocurren 42 millones de abortos inducidos en todo el mundo: 22 millones son procedimientos seguros y 20 millones inseguros, 97% de estos últimos tiene lugar en países en desarrollo. Como consecuencia de los abortos inseguros fallecen 47.000 mujeres cada año en todo el mundo, lo que representa el 13% del total de muertes maternas, y millones de mujeres sufren complicaciones y secuelas de distinta gravedad (WHO, 2011)¹⁹.

La Organización Mundial de la Salud define como aborto inseguro “un procedimiento para finalizar un embarazo que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar sanitario mínimo o ambos”. Por el contrario, cuando el aborto es llevado a cabo por profesionales de la salud capacitados con equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios, es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo.

[...]

En la última década comenzó a debatirse el rol de los equipos de salud en la prevención de los abortos inseguros y sus consecuencias. Un grupo de profesionales uruguayos fue pionero en adoptar una postura activa para aplicar el concepto de *Reducción de Riesgos y Daños* (RRyD) a la problemática del aborto y “dejar de ser parte del problema para ser parte de la solución”. Las voluntades individuales de profesionales del Centro Hospitalario Pereira Rossell condujeron a la conformación de *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo* (ISCAPCR) con el objetivo de disminuir la posibilidad de que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo lo hagan en condiciones de riesgo. Comprometidos con la salud de las mujeres, estos profesionales fueron capaces de reconocer que, aún en contextos legales restrictivos, existe un margen de acción para que los equipos de salud intervengan en la prevención de abortos inseguros a partir de la oferta de información y la disponibilidad de espacios dispuestos a escuchar, contener y acom-

18- Zamberlin N (coordinadora), Vázquez S, Real P, Calandra N, Corral A, Medina V, Berner E, Jolly M, Tarzibachi E. Guía de procedimientos para la atención de mujeres en situación de embarazo no planificado. Buenos Aires: CLACAI, IPPF, FUSA; 2012.

19- Según un artículo publicado en The Lancet el 2 de junio de 2018, un nuevo estudio realizado por la OMS y el Instituto Guttmacher, en todo el mundo, señala que 25 millones de abortos inseguros (45% de todos los abortos) ocurrieron cada año entre 2010 y 2014. La mayoría de los abortos inseguros, o el 97%, ocurrieron en países en desarrollo en África, Asia y América Latina.

pañar a las mujeres respetando sus decisiones autónomas. Así lo entendieron también las autoridades sanitarias que, a través de la ordenanza 369/2004 *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, establecieron la consulta preaborto dentro de la política sanitaria nacional²⁰. De esta forma, brindar asesoramiento integral a las mujeres que cursan un embarazo no deseado/no aceptado es obligatorio en Uruguay (Briozzo et ál., 2006).

El concepto de reducción de riesgos y daños apunta a disminuir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos. No se centra en erradicar la conducta de riesgo, sino que presenta alternativas para “convivir” con esta de la forma menos riesgosa y dañina posible. Las acciones educativas y socio sanitarias que se engloban bajo los programas de RRYD se realizan sin valoración moral previa acerca de la conducta específica sobre la que se pretende incidir (Vidiella, 2007).

Un ejemplo de RRYD, tal vez el más conocido, es la entrega de material descartable a usuarios de drogas inyectables para contribuir a prevenir la transmisión del VIH. Este es un elemento más de los varios que conforman el abordaje preventivo y no busca reemplazar los servicios dirigidos a desalentar el consumo sino más bien complementarlos. La experiencia internacional indica que los programas de intercambio de jeringas son eficaces para reducir la transmisión del VIH así como del virus de la Hepatitis B y C, motivan el ingreso al tratamiento de rehabilitación y no promueven el consumo de drogas.

El concepto de RRYD se aplica también en el campo de la salud sexual y reproductiva, específicamente en lo que se refiere a minimizar las consecuencias negativas del aborto inseguro en contextos legales restrictivos. Concretamente se trata de desalentar las maniobras riesgosas e informar sobre los métodos más seguros de interrupción del embarazo.

El abordaje de RRYD no fomenta la práctica del aborto ya que reconoce el riesgo involucrado y las consecuencias negativas que se derivan de este en los contextos de ilegalidad. Se inscribe dentro del conjunto de elementos que conforman el abordaje preventivo y que se complementan entre sí. A la vez que se actúa en la prevención del embarazo no deseado, se actúa también en las situaciones en las que este es un hecho concreto.

La estrategia de RRYD implica incluir a la mujer en situación de embarazo no deseado en el sistema de salud, abrirla las puertas, escucharla, cuidarla y no dejarla sola. Un elemento fundamental es aceptar y respetar la decisión de la mujer, por más que el profesional no la comparta. El equipo de salud no tiene ninguna participación directa o indirecta en la decisión de la mujer ni en el hecho puntual de la inducción de la interrupción del embarazo. No se indica, favorece o recomienda ninguna conducta.

Esta “ventana de oportunidad” para intervenir desde el sistema de salud se basa en la visión del aborto como un proceso que tiene un antes y un después del momento en el que tiene lugar la inducción de la interrupción del embarazo. El momento del aborto propiamente dicho será por fuera del sistema de salud, pero el tiempo antes y después es clave para determinar las consecuencias que el aborto puede causar en la mujer y es allí donde el equipo de salud tiene un rol fundamental.

Este abordaje implica una redefinición del rol del equipo de salud y una transformación en su relación con las usuarias que se basa en la inclusión, la integralidad, la calidad de la atención, la confidencialidad y el respeto por la autonomía. Dicho de otra forma, se trata de abandonar la postura de rechazo y condena o el “querer ayudar pero no poder” y adoptar una postura anclada en la responsabilidad y el deber del equipo de salud de actuar para prevenir el daño.

20- Esta estrategia probó ser altamente efectiva para reducir la mortalidad materna en Uruguay y en 2008 se incluyó en la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva (18426).

El aborto como hecho sanitario puede y debe ser atendido por el sistema de salud, incorporándose a las prestaciones hasta donde sea posible, apuntando siempre a salvaguardar el bienestar de la mujer por encima de cualquier otra consideración. Una mujer con un embarazo no deseado tiene derechos, entre ellos el derecho a la salud y a la atención médica (Briozzo et ál., 2007).

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



- 1.** Debatar acerca del concepto de reducción de riesgos y daños aplicado a la salud reproductiva. ¿Qué elementos aporta para la intervención?
- 2.** ¿Es posible implementar el modelo de consejería pre y post aborto a nivel local? ¿Qué potencialidades y obstáculos es posible identificar en la institución?

8 Proceso penal a médicos que se negaron a realizar un aborto no punible

Por Mariana Carbajal.²¹

Claves de lectura

- Analizar las causales de aborto no punible y los riesgos que puede traer a la vida y/o salud de las mujeres en caso de no cumplirlos.
- Revisar los dispositivos con que se cuenta como equipo para garantizar el cumplimiento de los abortos no punibles.

Un fallo santafesino que procesó penalmente a los médicos que se negaron a realizar un aborto no punible a Ana María Acevedo, una joven enferma de cáncer, recibió el premio “mallette” del público a la mejor decisión judicial del mundo relacionada con la equidad de género, en un concurso convocado por *Women’s Link Worldwide*, una organización internacional de defensa de los derechos humanos de las mujeres, que tiene sede en Bogotá y Madrid.

“Esperamos que este reconocimiento internacional visibilice el drama de tantas mujeres, fundamentalmente pobres, que mueren por inacción de los sistemas de salud estatales, y deseamos que sensibilice tanto a profesionales de la salud como a miembros del Poder Judicial y Legislativo acerca de la necesidad de políticas públicas que garanticen la equidad de género”, destacó la Multisectorial de Mujeres de Santa Fe, cuyas abogadas llevan adelante el caso en la Justicia. La semana próxima se cumplen tres años de la muerte de Acevedo.

La resolución premiada fue firmada por el juez de Santa Fe Eduardo Pocoví, que estaba a cargo de la investigación sobre la muerte de la muchacha, que tenía 19 años cuando le diagnosticaron un cáncer de mandíbula y poco después quedó embarazada. Acevedo vivía en la localidad santafesina de Vera, tenía tres hijos y era muy pobre. Y aunque estaba en peligro su vida, en el Hospital Iturraspe, dependiente del gobierno de la provincia de Santa Fe, se rehusaron a practicarle una interrupción de la gestación, que ella reclamó. Y también se negaron a iniciarle el tratamiento que requería su cuadro, para preservar la vida del feto.

[...]

El caso de Acevedo es emblemático porque es la primera vez en el país que se procesan a médicos por los delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario públicos por negarse a realizar un aborto no punible. “El procesamiento de los médicos sienta el precedente de que no practicar un aborto legal puede constituir un delito”, destacó Puyol a *Página/12*. En total son seis, del Iturraspe y del Samco, de la localidad de Vera.

21- Carbajal M. La sentencia que hizo justicia por Ana María. Diario Página 12; 12 de mayo de 2010.

A Acevedo la obligaron a seguir adelante con el embarazo y al mismo tiempo los médicos no le aplicaron el tratamiento de quimioterapia que su cáncer indicaba, para no afectar al feto. El 26 de abril de 2007, cuando llevaba 22 semanas de gestación, en el Iturraspe decidieron adelantar el parto y realizarle una cesárea. Por entonces, el estado de salud de Acevedo era dramático: su muerte se vislumbraba inminente. Su beba falleció a las 24 horas. Acevedo, menos de dos semanas después, el 17 de mayo de 2007.

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



- 1.** Debatir en equipo cuál es el pensamiento sobre el fallo judicial que sanciona a los profesionales que intervinieron en el caso de Ana María Acevedo.
- 2.** Buscar el fallo de la Corte Suprema sobre Aborto No Punible del 13 de marzo de 2012 y contrastarlo con la situación en cada comunidad. ¿Qué dispositivos es necesario desarrollar para garantizar este derecho?

9 Personas con discapacidad.

Por Dolores Curia²²

Claves de lectura

- Identificar las barreras que viven las personas con discapacidad (PCD) para vivir libremente su sexualidad a partir del relato de una experiencia personal.
- Reflexionar en el equipo de salud en relación a los prejuicios y presunciones sobre las personas con discapacidad en relación a su sexualidad.

Se suele considerar a las personas con diversidades funcionales como asexuados o hipersexuados, y en nombre de esto se avasallan derechos e intimidades. A su vez, en este panorama la diversidad sexual es un tema doblemente tabú. (...) Aquí, el punto de vista de personas que cuentan con una discapacidad y también con una voluntad de ampliar los horizontes.

Orgullo Sordo

Mariana Reuter tiene 42 años. Es sorda y lesbiana, en ese orden: "Lo primero que digo cuando me presento es 'Soy Sorda' (por si se piensan que, por la manera en que hablo, soy extranjera). Mi identidad más fuerte es ser Sorda. Así, con mayúscula lo escribimos. Y luego viene la de lesbiana. Como comunidad tenemos algo similar a la comunidad lgbt, que es un gran orgullo, una cultura propia, una lengua, todo eso se puede resumir en lo que llamamos Poder Sordo." Mariana estudia dos carreras (una Tecnicatura en Ecología y está terminando una Tecnicatura en Consultoría Psicológica) y tiene dos trabajos (en una fundación para personas Sordas y como acompañante terapéutica). Su día empieza muy temprano, y es tan largo que casi no le queda margen para pasar tiempo con su compañera, que está empezando a conocer. Si no hay tiempo, se lo inventa: al amor y al sexo no los negocia. Son frecuentes las historias en que el closet de las personas con discapacidad viene con doble refuerzo. En su caso la salida fue en el '97 dentro un grupo de teatro. Con su familia pudo hacerlo recién en 2003. "Fui saliendo por tandas. Y todavía hay personas que no saben. Como los Sordos somos una minoría y nos conocemos todos, entonces se cuchichea: 'ésa es lesbiana, aquélla es bisexual'. Cuando empecé a decir que era lesbiana, en el grupo de teatro me alentaron a que me abriera también por fuera de ahí. Era gracioso, porque mi novia de ese momento, que era oyente, me llamaba por teléfono (no había celular todavía) y yo, que vivía con mis padres, necesitaba que alguien de mi familia colaborara con nuestra comunicación. Para ese entonces en casa no estaba blanqueado quién era ella. Cuando yo quería llamarla tenía que pedir a mi mamá o a mi hermana y que me ayudaran a concretar la cita con 'mi amiga'."

Un diálogo de Sordos es un diálogo

En 2008 Argentina ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, aprobada en 2006. Esta incluye el derecho a casarse, planificar la maternidad y la paternidad, tener la custodia, tutela, guardia y adopción de

22- Curia Dolores. Amor con barreras. Diario Página 12, Suplemento Soy; 25 de abril de 2014.

niños, manejar bienes, trabajar sin ser discriminado, el derecho a información sobre anticoncepción y el derecho a mantener su fertilidad. “En lo que respecta a discapacidad, en estos años se ha avanzado aunque no lo suficiente. La Convención habla de discapacidad no sólo como déficit sino asociada a barreras. Eso es muy importante. El artículo 23 (que habla de educación sexual y planificación familiar) va contra el miedo de la sociedad a que la discapacidad ‘se contagie’”; dice Mariana.

¿En qué cosas falta profundizar?

–Falta que se empiece a relacionar más intensamente sexualidad y discapacidad. El nuestro es, para mucha gente, un cuerpo que no da placer. Paradójicamente, las mujeres Sordas suelen ser víctimas de redes de trata porque tienen una discapacidad que no se ve. Como pasa siempre, las leyes pueden ir a cierta velocidad, pero la cabeza de la gente no necesariamente las sigue. Eso se ve en lo cotidiano. Yo conviví 5 años con una novia oyente. Ella se tuvo que acostumbrar a que dentro del departamento no podía hablarme desde la cocina si yo estaba en otro ambiente. Las personas oyentes están acostumbradas a hablar por teléfono de un modo excesivo. Quería llamarme y obviamente no podíamos comunicarnos así, sin intermediario. Ella se adaptó a mis amigos Sordos, y yo a sus amigos oyentes. Si íbamos a un boliche, solía y suele ser un problema la oscuridad: ahí no puedo leer los labios. Como la gente se cree que las personas con discapacidad somos asexuados, nadie se preocupa por la accesibilidad de los boliches, los bares, los telos. ¿Cómo hace una pareja Sorda para comunicarse con el de la ventanilla del telo, pedir una habitación, pagar? Hay cosas que realmente nunca han sido pensadas. Se garantiza el acceso, rampas, etc., a ciertos lugares como un hospital, pero no a los espacios culturales y de diversión.

[..]

¿Por qué [falta trabajar] con los padres?

–A veces los padres toman decisiones sobre nosotros. Nos acompañan al médico y los hijos no entienden lo que él dice. El padre o la madre recibe la información y se la filtra. Nosotros decimos “me lo pasó corto”. En vez de explicar para qué es el análisis simplemente te hacen hacértelo. Debería haber intérpretes en los hospitales. En el artículo 22 se habla del derecho a la privacidad, por ejemplo, para tener relaciones y manejar el propio dinero. Tengo derecho a saber qué son esas pastillas que me están dando. Poder decidir incluso si seguir adelante con un embarazo o no. Muchas veces las mujeres con discapacidad tienen a sus hijos y se los sacan.

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



1. Sobre la sexualidad de las personas con discapacidad ¿Qué piensan en el equipo? ¿Se conoce el marco de derechos de las PCD? ¿Cómo creen que afectan las distintas discapacidades al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas?
2. ¿Qué sucede cuando una persona con discapacidad (PCD) asiste a un espacio de atención? ¿Se respeta su decisión y autonomía? ¿Qué rol ocupan las personas acompañantes? ¿Se puede garantizar que reciba información de modo accesible?
3. ¿Qué se puede hacer desde el equipo de salud para que las PCD puedan ejercer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos?

10 Una pedagogía contra la violencia

Fragmento de entrevista a la antropóloga Rita Segato²²

Claves de lectura

- Problematizar el abordaje de las situaciones de violencia que se presentan en el sistema de salud.
- Identificar las barreras que se presentan en la atención.

En los últimos meses, sus reflexiones sobre los innumerables femicidios ocurridos en la Argentina y sobre la violación y los violadores repercutieron en la escena local. (...) Sostuvo que pensar que la violación es un acto sexual, del campo de lo erótico, es un error gigantesco: “la violación es un crimen de poder, una frustración masculina”. Justamente sobre la cuestión de la violación y el violador, Segato sostiene “Todas las sociedades producen violadores. La violación es una acción conocida en todas las sociedades del mundo. Existe la noción, pero hay sociedades donde en muchas generaciones nunca hubo un caso.

[...]

–El feminismo suma a su pelea fundamental por los derechos la crisis de la matriz de masculinidad. ¿Cuál es tu opinión?

–A mí no me gusta pensar el problema de la violencia de género como un problema entre hombres y mujeres. Se manifiesta así pero es un problema de la sociedad. En una conferencia que di recientemente en Gotemburgo, Suecia, expliqué que las relaciones de género son un termómetro. A partir de ellas se puede leer la historia, la economía, toda la época, es un lector del camino histórico. Antes, cuando uno hablaba sobre este tema tenía una platea de mujeres, hoy, entre quienes me escriben, hay muchísimos hombres. Ocurre que la manera en que la masculinidad se expresa hoy es extremadamente vergonzosa y dolorosa para muchos hombres.

[...]

–Cuando decimos agresión o violencia sexual estamos pensando en una libido desatada. Es muy peligroso pensarlo. Lo habitual es la respuesta a la obediencia de los hombres que les exige espectacularizar su potencia, exhibirla ante los otros hombres. Porque la masculinidad es como un título y se adquiere mediante la exhibición de algún tipo de potencia. Hasta en Hegel está: el señor es aquel capaz de enfrentar la muerte. Es adquirir el reconocimiento. El padre dice: “eres un hombre, hijo”; no le dice: “eres una persona”. “Eso trae un daño inmenso. Le dice, “sos capaz de cogerte una mina” y después dejarla, dañarla: el mandato de masculinidad se transforma fácilmente en un mandato de crueldad. Eres capaz de no sentir y en algunos casos es capaz de violar. Ante los otros es un espectáculo. Eso no es para la satisfacción personal, sino como una manera de dar un examen. En esta espectacularización de la capacidad de potencia, que es la capacidad de violencia, que en algunas situaciones se exagera, por ejemplo, una situación de inseguridad. Situaciones en que el hombre se ve reducido en su potencia, se resiente. Un cuadro de resentimiento es violentogénico. Y nuestros países son países de gran inseguridad.

22- Pavon, H. Una pedagogía viva contra la crueldad. Diario Clarín; 4 de agosto de 2017

–Esa precariedad de la posición masculina se siente mucho más que la femenina. Porque las mujeres somos más vinculables, tenemos una tecnología de sociabilidad, menos protocolo y eso es por una historia. No por una naturaleza femenina, porque hay mujeres que son masculinas. Y entonces en esa precariedad de la vida en el capitalismo, el sujeto masculino, incluso porque pierde su empleo, porque no puede seguir estudiando, esa potencia que el sujeto necesita para ser el proveedor, en un imaginario arcaico, el hombre se resiente mucho más, creo que la posición masculina se fragiliza ante la precariedad de la vida, y necesita hacer esfuerzos mayores muchas veces violentos para recolocarse en la posición masculina.

[...]

–La violencia, muchas veces, se presenta como algo ajeno porque hay un valor político en la empatía.

–Eso es lo que estoy diciendo con la “pedagogía de la crueldad”. Es una pedagogía a la que estás expuesto todos los días, para que te encallezcas, para que pienses que el destino de aquel no es el tuyo. (...) Esa programación que estaba para los ejércitos, está pasando para toda la sociedad. Si te matan a vos, bueno. Pero nunca a mí. Y sin embargo, puedo ser yo. (...)

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



1. ¿De qué modo el problema estructural de la violencia atraviesa el sistema de salud?
2. ¿Qué lugar se da en la atención a la salud a las consultas de personas que cuestionan el modo habitual de vivir las masculinidades?

Línea 144 Atención a víctimas de violencia de género

Para obtener información sobre esta temática, se puede contactar al:

Instituto Nacional de las Mujeres (INAM), organismo encargado de liderar las políticas para la promoción de la igualdad de género en Argentina.

Av. Entre Ríos 181, 9° piso. CABA
[011] 4370-8819
presidencia@inam.gob.ar

11 Encuentros, tensiones e interculturalidad

Por Verónica Engler²³

Claves de lectura

- Reflexionar en el equipo de salud acerca de la existencia de prejuicios y presunciones presentes en la atención de integrantes de comunidades indígenas en el sistema de salud.
- Identificar las barreras que se presentan en la atención.

De acuerdo con el mapa elaborado en 2013 por el Encuentro Nacional de Organizaciones Territoriales de Pueblos Originarios (Enotpo), en la Argentina existen treinta y nueve pueblos indígenas distribuidos en las distintas provincias del país. Luego del genocidio acontecido durante la Conquista española, la consolidación del Estado-nación en el siglo XIX se llevó a cabo, entre otras acciones, mediante diferentes conquistas territoriales que incluían el exterminio o el control de la población indígena. Desde entonces, la cuestión indígena estuvo atravesada por políticas que procuraron incidir en la vida de este colectivo a través del despliegue o retracción del Estado, como la atención médica y los programas sanitarios. De la actualidad de estas cuestiones trata *La salud pública y los pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (Ed. Unsam), un libro editado recientemente por la antropóloga Mariana Lorenzetti, junto a su colega Silvia Hirsch.

[...]

—¿Cómo es la relación que se fue dando en la historia de Argentina entre la salud pública y los pueblos indígenas?

—Es importante poder historiar ese vínculo para entender cuál es el carácter que hoy asumen los programas dirigidos a la población indígena, sobre todo porque la cuestión indígena en Argentina ha sido sistemáticamente relegada e invisibilizada. En un primer momento, post Conquista del Desierto, dada la campaña que inició (Julio Argentino) Roca hacia la Patagonia (en 1879), o (Benjamín) Victorica hacia el norte (en 1884, en lo que se conoce como “la conquista del Chaco”), lo que fueron las incursiones militares, la apropiación del territorio, tuvo un gran impacto. A fines del siglo XIX y sobre todo las primeras décadas del siglo XX, con una fuerte impronta del higienismo, la población indígena en sí misma no era vista como objeto–sujeto de interpelación, se intervenía en casos de brotes, de epidemia. Entonces, las actividades que se hacían, como las vacunaciones, no eran tanto porque interesara la población indígena en sí misma, sino como un medio de defensa, porque representaba un peligro en términos de salud para el resto de la población, criolla o blanca. Después, quienes tuvieron un papel importante en relación a lo que fueron las primeras postas de salud, o las primeras atenciones, fueron los misioneros, que llevaron algún médico o una enfermera dentro de las misiones. Ese acercamiento desde la biomedicina era como una actividad más en sus actividades de evangelización, era como un medio de “alcanzarles” lo que en ese momento se consideraba el progreso y la civilización a estas poblaciones. Y al mismo tiempo, creo que el acercamiento de esos servicios de salud fue lo que legitimó su propia tarea de evangelización.

23- Engler, Verónica. “La cuestión indígena ha sido sistemáticamente relegada e invisibilizada.” *Diario Página/12*. 27 de noviembre de 2017

[...]

–Y este esquema se mantiene más o menos hasta la década del cuarenta y cambia con el primer peronismo, ¿verdad?

–Sí, en la década del 40 hay un cambio en el sentido de que empieza a fortalecerse un sistema público de salud con un claro tinte de corte sanitarista. La posibilidad de ampliar la cobertura de salud a las zonas rurales implicó también un nuevo acercamiento, y una nueva posibilidad de acceso a servicios y atención médica que hasta ese momento no llegaba de ningún modo. Luego, en la década del 70 se plantea la cuestión de la Atención Primaria de la Salud (APS), reforzar esto de que alcance a zonas rurales, esta idea de empezar a trabajar la salud comunitaria de manera que reduzca la práctica misma asistencial, para trabajar en otra dirección que tenía que ver con fortalecer la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades. Esto a nivel programático, eran como directrices, después lo que sucedió en cada contexto fue distinto.

–Por eso en la década del 80 hay un fuerte cuestionamiento a todo lo que se planteaba como Atención Primaria de la Salud y sobre todo en relación a poblaciones precarizadas, como podían ser las comunidades indígenas. El sanitarista Mario Testa escribe en esa época un texto en donde se pregunta si se trata de Atención primaria o Atención primitiva de la salud.

–Claro, justamente, planteaba que administrar esos mínimos recursos no resolvía la cuestión si no se encaraba el problema de tipo estructural, además se cuestionaba si esta atención no era también una práctica para responsabilizar a las propias personas de su situación de salud. Porque este supuesto enfoque comunitario terminó siendo un enfoque bastante individualizador, o solamente focalizado con la familia, pero no trabajando sobre esas condiciones estructurales que hacen a la salud y a los desencadenantes en relación a las enfermedades. El tema de la atención podía verse como ir tapando baches, pero que no terminaba de resolver la cuestión de fondo. Entonces, en la década del 80 fue uno de los nudos de discusión, uno de los tópicos a partir de los cuales empezó la necesidad de revisar. Pero creo que lo de la Atención Primaria de la Salud tuvo una cuestión que es importante rescatar, que era la posibilidad de aprender los procesos de salud–enfermedad–atención in situ, en terreno. Me parece que justamente a partir de ese trabajo en terreno se pudo empezar a discutir desde el sistema público de salud qué es lo que se está problematizando, cómo se está problematizando, de qué cosas se discute y de qué cosas no se discute. En ese sentido creo que la línea de la Atención Primaria de la Salud empezó a ser como el emergente de un montón de cuestiones que quizás ni se planteaban, ni se advertían, estaban silenciadas.

[...]

–En el caso de los pueblos indígenas, pareciera que siempre son ellos el “otro” cultural...

–Claro, por eso me parece importante remarcar que la interculturalidad no es algo unidireccional en donde es el “otro” el culturalmente distinto. Porque hay muy poco ejercicio de revisión de los propios marcos culturales, de las propias prácticas culturales, es como un proceso de demarcación, es el “otro” el que tiene cultura, pero no hay una revisión de nuestras propias prácticas culturales como académicos o profesionales de la salud, por ejemplo. Eso nos encierra, nos encapsula, perdemos la posibilidad de poder generar un intercambio. Las personas con las cuales se trabaja son muy valiosas, tenemos que poder empezar a respetar las formas organizativas indígenas, a entender que hay múltiples miradas y perspectivas de los procesos de salud-enfermedad-atención. Creo que es fundamental que el enfoque intercultural reconozca y trabaje sobre las asimetrías, sobre esas condiciones institucionales que restringen o limitan la posibilidad de que el otro pueda ser considerado como sujeto, con identidad y con capacidad de actuar, que dejemos de subestimarlos.

–Y en esta situación en la que hay evidentes asimetrías y predomina un modelo biomédico que excluye el saber del paciente o que rápidamente medicaliza sus problemas [...]

–Es que finalmente el tema de la salud parece no dirimirse en el terreno cultural sino más bien en el político y social...

–Es que cuando los pueblos indígenas están discutiendo cuestiones de salud, están hablando de reconocimiento territorial, de deterioro ambiental, del avasallamiento de sus derechos y de no poder decidir en lo que tiene que ver con políticas indigenistas, por ejemplo. La salud es como un barómetro, muy indicativo de las condiciones de vida de las comunidades indígenas. Entonces, me parece que la salud, en ese sentido, es como la puerta de entrada para trabajar un montón de cosas: las relaciones con el entorno, con el territorio, los vínculos interétnicos entre indígenas y no indígenas, la articulación entre saberes y prácticas, o cómo es el proceso de salud–enfermedad–atención. Esos creo que son temas que necesariamente se tienen que instalar en la agenda pública, que tiene que ver, por ejemplo, con cómo es el currículo de los profesionales de la salud, de esos médicos, esos enfermeros, que quizás no cuentan con las herramientas para poder trabajar en estos contextos interétnicos.

REFLEXIONANDO EN EQUIPO



1. En la atención de personas integrantes de comunidades indígenas, ¿se presentan prejuicios? ¿Cuáles? ¿Cuáles consideran que son los orígenes de los mismos?
2. ¿Se respetan las decisiones autónomas en torno de la salud de quienes integran comunidades indígenas?

Bibliografía

Atención de la Salud Integral de personas trans. Guía para equipos de salud. PNSSyPR, MSAL; 2015.

Campaña nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud. Colectivo ESPARTILES, ESPARTILES; 2006. (Fragmento)

Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Chiarotti S, García Jurado M, Aucía A, Armichiardi S. Rosario: Insgenar (Instituto de Género y Desarrollo), Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer); 2003.

De la investigación a la acción. Aportes para la reflexión de los equipos que hacen Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. PNSSyPR, MSAL; 2012.

Del enfoque en necesidades al enfoque de derechos. Desarrollo Infantil, de las políticas públicas a las políticas de base comunitaria. Conferencia Internacional ¿Cómo inciden las políticas públicas en los derechos de la infancia? Mercer R. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 2012.

Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia. García Suárez CI. Bogotá; 2007. (Fragmento)

Documento interno de directrices y lineamientos en prestaciones en salud sexual y reproductiva. DIGESA - DIGESE - ASSE. MSP Uruguay. 2008.

El drama del aborto. En busca de un consenso. Faúndes A, Barzelatto J. Colombia: Tercer Mundo Editores; 2005.

Guía de procedimientos para la atención de mujeres en situación de embarazo no planificado. Zamberlin N (coordinadora), Vázquez S, Real P, Calandra N, Corral A, Medina V, Berner E, Jolly M, Tarzibachi E. Buenos Aires: CLACAI, IPPF, FUSA; 2012.

La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada. Souza Campos G. 1997.

La revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio. Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Marzo de 2017

Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. PNSSyPR, MSAL; 2010. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.ph

Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de salud. PNSSyPR, MSAL; 2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.ph

La mejor manera de predecir el futuro es inventarlo. Toro Papapietro L. En: Infosida N° 4. Noviembre 2004. Pp. 26-35. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida/publicaciones/infosida4.pdf>

La sentencia que hizo justicia por Ana María. Carbajal M. Diario Página 12; 12 de mayo de 2010.

Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Souza Campos G. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.

Modelo de Gestión en Salud. Tobar F. Buenos Aires; 2002. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>

Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Informe de Balance de Gestión 2003-2011. PNSSyPR, MSAL. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ar/sitio/archivos/originalbalancessyr.pdf>

Presencias masculinas en las decisiones reproductivas. Relaciones de género, regulación de la fecundidad y recursos cognitivos en mujeres y varones jóvenes de Buenos Aires. Villa A. En: Pantelides E, López E compiladoras. Varones Latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción. Buenos Aires: Paidós, Tramas Sociales; 2005.

Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2007. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

¿Todo bien? Adolescencias y servicios de salud sexual y reproductiva. Shuster G, Arminichiari S, Chiarotti S, Ciarnello MC, Della Siega V. Rosario: INSGENAR, CLADEM; 2010.

0800 222 3444

argentina.gob.ar/salud
saludsexual@msal.gob.ar

República Argentina 
argentina.gob.ar/salud
Av. 9 de Julio 1925. CABA.

Dirección de
Salud Sexual y
Reproductiva

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

