

V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2008.

Políticas de Salud Sexual y Juventud en el municipio de Necochea. Construcciones y omisiones. .

Poujol, Lourdes.

Cita:

Poujol, Lourdes (2008). *Políticas de Salud Sexual y Juventud en el municipio de Necochea. Construcciones y omisiones. V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-096/251>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**V Jornadas de Sociología de la UNLP y
I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales**

**“Cambios y continuidades sociales y políticas en Argentina y la región
en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social”**

La Plata, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008

Lic. y Doctoranda en Antropología (UNLP)

Lourdes Poujol

Becaria Ceren/CIC

lourdespoujol@yahoo.com.ar

**“Políticas de Salud Sexual y Juventud en el municipio de Necochea.
Construcciones y omisiones”.**

1- Introducción

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación doctoral enfocado en las prácticas y representaciones relacionadas con la sexualidad en jóvenes de clase media de la localidad de Necochea (Buenos Aires), el cual incluye el análisis de la incidencia que sobre las mismas presentan las políticas públicas, a través de sus agentes, en instituciones educativas y de salud.

En esta instancia nos enfocamos en las políticas de salud relacionadas con la sexualidad en general y salud sexual y reproductiva en particular. Intentaremos dar cuenta del posicionamiento adoptado en las mismas en relación a la sexualidad de las y los jóvenes, así como hacer visibles discursos y acciones que pueden generar y reproducir desigualdades de género, de edad y de clase.

La ponencia se basa en: a) el análisis de las leyes y programas nacionales, provinciales y municipales vigentes y vinculados a esta problemática, b) la caracterización de los servicios y acciones implementadas en el nivel local y c) en las concepciones sobre la sexualidad juvenil presentes en los agentes de salud (de sectores públicos y privados). El procedimiento consistirá, siguiendo al realizado en otros trabajos (Ortale, 2008), en caracterizar la construcción de la problemática realizada desde el sector salud y las omisiones, contradicciones y limitaciones de sus propuestas de control, no sólo respecto de sus destinatarios sino también respecto de los marcos normativos a los que deberían adherir.

2. Enfoque y Metodología

La salud y la enfermedad son productos inacabados de complejos procesos sociales de significación que dan cuenta de la experiencia vital y se muestran ligados a otras experiencias, como son: felicidad-infelicidad, autonomía-dependencia, placer-displacer, satisfacción-insatisfacción (Gomez, 2002). Considerando la relación de estos conceptos con la sexualidad, concebimos a la misma de un modo amplio y positivo, es por eso que alejándonos de una visión preventiva que parte de lo que *a priori* se consideran “problemas de salud sexual y reproductiva”, abordamos la sexualidad y la salud sexual y reproductiva considerando las necesidades y vivencias de los jóvenes, reconociendo la capacidad de agencia de los mismos. Creemos que la experimentación de la sexualidad entre los jóvenes no necesariamente implica problemas, sino que muchas veces es representada como problemática desde el discurso de muchos adultos. En esta instancia el análisis se centra en dichos discursos y el abordaje metodológico es de tipo cualitativo:

a) Se incluyen *fuentes secundarias* específicas (considerando los tres niveles de análisis sugeridos: nacional, provincial y local), las cuales son analizadas mediante la *técnica de Análisis de Contenidos*. De entre las leyes y programas que abordan la salud sexual y reproductiva específicamente consideraremos:

-El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable (Ley 25.763).

-El Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Ley 13.066)

-Las medidas y acciones de la Secretaria de Salud y sus dependencias del Municipio de Necochea en relación a la sexualidad, salud sexual y salud reproductiva y procreación responsable.

-La dinámica y acciones de los sectores privados de atención de la salud relacionados a la sexualidad, salud sexual y salud reproductiva y procreación responsable. (Centrándonos en los consultorios y médicos de la especialidad de ginecología y obstetricia)

b) Complementaremos esta visión *teórica y macro* planteada con *lo que acontece a nivel micro* en el ámbito local, intentando dar cuenta de la implementación y concepción de los agentes de salud sobre las problemáticas de salud sexual y la aplicación del marco normativo. Para esto efectuamos *observación participante* en distintos ámbitos del área salud y realizamos *entrevistas semi-estructuradas* a diferentes profesionales de la salud (ginecólogos/as, obstetras, parteras y enfermeras) y trabajadoras sociales que trabajan interdisciplinariamente en los CAPS municipales.

3. Políticas de Salud y abordaje de la sexualidad joven

Para analizar las políticas públicas de salud (en este caso aquellas que abordan la sexualidad y la salud sexual) y para comprender el tratamiento de las mismas por parte de los profesionales del sector, se hace necesario antes: (a) aclarar cuál es la concepción de salud pública que estamos manejando y (b) delinear la dinámica generada al interior del campo de la salud de acuerdo al tipo de cobertura existente.

a) Reconocemos que existe una polisemia en torno al concepto de salud pública (SP), la cual puede ser interpretada diferencialmente a partir de tres significados: la salud pública como saber, como práctica y como fenómeno colectivo (Gómez, 2002):

-La noción de SP *como saber* refiere a la reproducción del espacio de poder que genera el poseer los conocimientos (o la legitimación de los mismos).

-La idea de SP *como práctica* implica las acciones y gestión de políticas públicas, en las que se privilegiaría un enfoque de control, “epidemiológico” (marco en el que adquiere centralidad, para nuestro caso, el “control” de las ETS y Sida). Las mismas consideran esto con relativa independencia e incluso por sobre los intereses colectivos, el imaginario, las prácticas y representaciones de los actores sobre la problemática.

-Por último la concepción de la SP *como fenómeno colectivo*, entiende a la misma como un hecho público que implica un “empoderamiento” de distintos sectores de la sociedad en relación a sus demandas y derechos vinculados al bienestar general de ese sector de la sociedad. Aclararemos que si bien es posible reconocer las diferencias entre estas perspectivas, consideramos que en la “realidad” de las políticas públicas, la motivación de sus diseños, gestión e implementación, las mismas se presentan imbricadas.

b) Consideramos que el *tipo de cobertura* es una variable significativa al momento de comprender la dinámica al interior del campo de la salud. Estudios efectuados desde el CEDES en el 2006 demuestran que “en la Argentina la cobertura de servicios de salud se encuentra compartida entre el sector público, el sector de obras sociales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios, como en términos de financiamiento y coordinación en el aseguramiento social”. A su vez “se estima que en las áreas urbanas del país el sector público cubre el 43,1% de la población, las obras sociales el 46,7% y los seguros privados el 10%” (SIEMPRO, 2003). Dichos análisis dan cuenta también de que en la última década, la afiliación a los sistemas de salud ha descendido notablemente como consecuencia, por un lado, del aumento de la desocupación y la precarización laboral y por otro lado, por el empobrecimiento de grandes franjas de los sectores medios. Esto llevó a que una parte de la

población perdiera las condiciones requeridas para la afiliación a las obras sociales y se redujera la proporción de población con capacidad de asumir los costos de los seguros privados. En paralelo con este proceso, viene produciéndose un traspaso entre sectores de atención en salud, el cual más allá de la pauperización de los sectores medios, está influenciado por el proceso de descentralización hospitalaria desde nación al ámbito provincial, el cual trajo consigo diferentes reestructuraciones que hicieron que la población de nivel medio comenzara a atenderse en el sector público, sobre todo a partir de la incorporación de obras sociales al sistema de atención de los hospitales.

Para el caso de la localidad de Necochea, los datos recabados en el Hospital municipal y los CAPS, muestran que en el último lustro se produjo un incremento de la población atendida por el sector público, específicamente por el hospital municipal. Si bien los mismos no se encuentran desagregados por “clase social” se presenta un incremento en el número de pacientes atendidos que suponemos contiene a los sectores medios que experimentaron este traspaso ya que entendemos que la desafiliación y desregularización descriptas más arriba, así como el hecho de que se incorporen obras sociales a la atención pública, facilita/posibilita que los sectores medios se acerquen al sector público.

Sabemos ya que para el caso de las políticas públicas ligadas a la sexualidad, desde principios de los noventa, las medidas de reforma del sector salud argentino coexistieron con una serie de estrategias tendientes a la institucionalización de la salud sexual y reproductiva en la agenda pública. En dicho proceso, tanto los movimientos sociales ligados a la defensa de los Derechos Humanos y Reproductivos, como las agrupaciones feministas de fuerte impronta política, promovieron activamente dichas estrategias, con distintos resultados en función de sus expectativas. Ellos han repercutido en los logros obtenidos, y la continuidad de demandas y planteos han contribuido al “empoderamiento” en materia de sexualidad y por tanto en el campo de la salud pública como fenómeno colectivo. Considerando esta idea daremos cuenta de las perspectivas estatales sobre la sexualidad en general y sobre la sexualidad en la juventud en particular. Daremos cuenta de las construcciones y omisiones en relación a estos actores, considerando las diferencias de género y clase que ellas denotan, considerando que sus acciones hacen (junto a las de otros sectores y actores) a diferencias en el tratamiento de la sexualidad que impactan en la capacidad de agencia y por tanto en el empoderamiento de los jóvenes en relación al ejercicio de su sexualidad.

3.1 Propuestas de la nación y la provincia de Buenos Aires y abordaje desde la localidad de Necochea

A los fines de no reproducir desarrollos teóricos que ya abordaron el análisis de las políticas sobre sexualidad (Shuster y García Jurado, 2006; Ortale, 2007; Poujol, 2007) en este apartado presentaremos las normativas vigentes, destacando algunos apartados que “ponderemos a dialogar” con los datos que emergen de nuestra investigación.

Las acciones vigentes en este campo se vinculan en primer lugar a la sanción, en octubre del 2002, de la Ley N° 25673, denominada “Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable”. A grandes rasgos podemos decir que dicha norma vino a ampliar la visión que históricamente habían tenido las leyes, medidas y políticas públicas cuyo accionar impactaba sobre la sexualidad. El agregado “Procreación Responsable” implica una nueva mirada y discusión de temas antes considerados tabú para gran parte de la población como son la planificación familiar, la anticoncepción y el aborto. Si bien la nueva ley nacional no significó avances en todos estos ejes, a partir de las demandas y reclamos de algunos sectores de la sociedad, permitió cuestionarlos al instalarlos en el debate público, en las escuelas y en los medios de comunicación, lo que creemos llevo a puntuarlos como materia pendiente y próximos objetivos a tratar. Sabemos que las leyes se *gestan* a partir de demandas y necesidades sociales, intentaremos a continuación ver qué diferencias sugiere la norma en relación a distintos actores sociales, destacaremos algunos puntos (cuestionables) del programa para retomarlos luego desde la realidad local. Entre las “virtudes” del programa nacional, rescatamos ante todo:

- a) El que sea una Ley de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable, lo que implica una diferencia sustancial con respecto a proyectos anteriores en los que sólo se hablaba de “salud reproductiva”. En la provincia, sin embargo, se crea en el año 2006 el “Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable” (Ley N° 13.066). Remarcamos esta diferencia, debido a que hablar solo de “salud reproductiva” y no de “salud sexual”, implica a nuestro entender, una *amputación* de la sexualidad, la cual no es sinónimo de reproducción, sino que la abarca y la trasciende.
- b) Se contempla la prevención de infecciones transmitidas sexualmente (ITS), VIH/ SIDA y cáncer genital de mujeres y hombres.
- c) Se enuncia la pretensión de beneficiar a toda la población (sin diferencias de edad, nivel socioeconómico-cultural, ni de ningún otro tipo).

Sin embargo como contracara de estas intenciones, se presentan limitaciones que obturan el cumplimiento de dichos objetivos:

- Los servicios de salud confesionales pueden negarse a brindar información y asistencia sobre el tema.

-Los programas de educación sexual integral que sugieren las leyes son obligatorios sólo en las escuelas públicas; las escuelas privadas (casi el 50 %) pueden *optar* por brindar esta información a sus alumnos. Esto facilita el hecho de que algunos establecimientos educativos, respondiendo a sus convicciones, cercenen la información e impartan sólo aquellos contenidos que no ponen en discusión sus creencias. Se ve afectado entonces el derecho supuestamente garantizado por la Constitución Nacional de 1994 ligado al *respeto a la información* de estas/os niñas y niños.

Desde la provincial se manifestó, en una primera instancia, la intención de que la información llegara a toda la población, en especial a jóvenes y adolescentes escolarizados y no escolarizados. Veremos más adelante que este objetivo se vio truncado por las modificaciones efectuadas al programa.

El interés ahora, focalizándonos en la realidad local, es ver cómo se están implementando tanto la Ley Nacional N° 25673 como la creada por la provincia de Bs. As. Ley N° 13.066 y qué particularidades se presentan dentro del ámbito municipal, específicamente al interior del área de salud y sus distintas vertientes de atención. Si bien en el programa provincial se invita a las municipalidades de la provincia a adherir a la ley y existen ordenanzas municipales que crean programas semejantes, hasta el momento no es el caso de la localidad de Necochea.

No existe en la localidad un programa municipal particular, pensado y diseñado específicamente, sino que, en principio, se adhiere a las normativas desarrolladas a por el Estado nacional y provincial.

Las acciones e intereses en relación al tratamiento de la sexualidad se encuentran desmembrados según los intereses particulares de los ámbitos de trabajo y de los profesionales. Delinearemos entonces la dinámica existente al interior del campo de la salud en relación al tipo de cobertura existente y tratamiento brindado en los servicios público y privado.

Para indagar la problemática nos contactamos con médicos ginecólogos, obstetras, enfermeras y parteras ligadas a la atención de las temáticas de sexualidad joven de distintos ámbitos de la salud.

En un primer momento se realizó un relevamiento de las instituciones del sector público de la salud y del sector privado (clínicas y consultorios privados de atención de temáticas ginecológicas y de obstetricia). Se establecieron contactos con las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social locales, a la par de la realización de entrevistas a los actores arriba mencionados. Los relevamientos efectuados y datos recabados nos permitieron conocer la estructura y dinámica local de atención de la salud:

- El sector público de atención de la salud está representado por un Hospital Municipal y ocho

Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), cada uno enclavado en unos de los barrios en los que se divide la ciudad. Desde la Secretaría de Salud local se nos explicó que con esta medida se sugiere una distribución territorial de los CAPS que implica que cada centro funcione como referente en el barrio y atienda las realidades de su contexto. En relación a este criterio es interesante remarcar que el último CAPS, inaugurado en el 2005, se instaló en el Barrio Playa, lo que generó fuertes controversias entre algunos profesionales de la salud, trabajadoras sociales y parte de la comunidad en general, que consideraban que enclavar un CAPS en un barrio como ese (en el cual tradicionalmente vivieron los sectores más beneficiados de la localidad) era incorrecto, ya que existen sectores de la población “mucho más necesitados”. Desde el municipio se sostuvo la medida apelando a la equidad para toda la comunidad y sosteniendo que desde un *punto de vista turístico*, hay muchos visitantes que pueden necesitar consultas durante su estadía. Por otra parte, actualmente, en el Barrio Norte (el cual posee un centro de fuerte actividad y demanda) se está construyendo un nuevo enclave que complementa la actividad, ya que la población genera fuertes demandas y se ha incrementado notablemente desde la inauguración del último Plan Federal de Viviendas en 2007.

-El sector privado está representado por dos clínicas (una de las cuales durante 2008 permaneció casi cerrada por cuestiones económicas) y una serie de consultorios privados en los que atienden los ginecólogos y obstetras; no se trata en todos los casos de consultorios de especialistas sino de centros privados integrales, en los que atienden de manera particular varios especialistas.

-A modo de caracterización general del plantel de profesionales de la salud vinculados al tema que nos compete, podemos remarcar que: dentro del cuerpo de enfermería prevalecen las mujeres (tanto en el sector público en sus distintos niveles como en privado), siendo mujeres también la totalidad de las parteras. En el caso de los médicos, de un total de veintitrés profesionales dedicados a la ginecología doce son hombres y once mujeres. Dentro de este grupo siete profesionales ejercen simultáneamente ginecología y obstetricia, trabajando cuatro de estos en el ámbito privado y público simultáneamente. Puede afirmarse que, en relación a otras especialidades médicas, el plantel es numeroso (sobre todo para el caso de los médicos ginecólogos, siendo significativamente menor el número de aquellos que practican paralelamente ginecología y obstetricia).

Hemos visto que existe *circulación* de los actores considerados en las distintas instituciones, ya que como veníamos describiendo, muchos de los profesionales de la salud trabajan tanto en el ámbito público como en el privado. También se dan casos en los que el mismo profesional atiende cada día en una “salita” distinta, por lo que en su práctica se relacionan con distintos

sectores de la población, refiriéndose en las entrevistas a las distintas “realidades” de cada barrio.

Hemos caracterizado brevemente los recursos humanos y la estructuración laboral, veremos ahora cuáles son las demandas y problemáticas locales que los profesionales describen en torno al tratamiento de la salud sexual y reproductiva y la sexualidad:

-Desde el municipio se considera como un problema significativo (reconocido como falencia tanto desde la Dirección del Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreira como por la Secretaría de Salud y los equipos interdisciplinarios de los CAPS-) que no existe un “Servicio de Adolescencia”. De este modo los jóvenes que se acercan al hospital son atendidos por pediatras o por quien tenga la especialidad ligada al problema puntual que motiva la consulta, pero no hay un tratamiento integral de los y las jóvenes, ni una política y abordaje particular. Esta problemática viene denunciándose desde años atrás, los mismos profesionales piensan que “*hay cosas que se les escapan de las manos*” y la preocupación más grande gira en torno al incremento del embarazo adolescente y de la mortalidad infantil (la cual venía incrementándose desde el año 2003 hasta el 2007) así como cada vez son más las ETS y VIH identificadas, con casos de transmisión vertical por desconocimiento por parte de la madre de su afección. Esta situación alarmante impacta sobre todo sobre los sectores más vulnerables de la localidad, pero el área de salud y el municipio lo reconocen como un problema general. Incluso en la plataforma electoral del año 2003 se remarcaba la importancia de “La Salud Integral del Adolescente”, postulándose la intención de crear un servicio de adolescencia y un consultorio para “Embarazo Adolescente”.

-Entre los *motivos de consulta*, los médicos del sector público entrevistados (quienes también trabajan en consultorios privados) refieren que las demandas de las *chicas* se relacionan siempre y principalmente con la *anticoncepción, embarazo e información en general*. Los varones se acercan a veces acompañando a sus parejas, pero no son frecuentes las consultas particulares de los mismos. Los médicos entrevistados en consultorios privados cuentan que son frecuentes además de esos motivos, las consultas por *abortos* en las chicas de sectores medios, mientras que en el hospital no aparecería fuertemente esta demanda. En el hospital si son frecuentes en cambio las consultas por métodos irreversibles, como la ligadura de trompas y la vasectomía entre jóvenes de 20, 25 años.

En relación a las diferencias en el tratamiento y las consultas “según la clase social” un profesional cuenta en su consultorio:

“Es distinto lo que pasa en cada sector. Yo, la semana pasada, tuve acá una chica jovencita

que me preguntó cómo cuidarse... porque quería tener relaciones ...y algunas veces algunas de acá en privado te deslizan el tema del aborto... y a la novecita entré a la guardia al hospital y vino una chica de 12 que quería que la ayude a quedar embarazada!... me decía que con el novio quieren tener un hijo, que la ayude, y yo le dije que era chica, pero me decía que ellos querían formar una familia, y el pibe tiene 14 o 15. Es tan difícil... y yo trabajo con las dos cosas, cada día vez algo distinto...” (Médico ginecólogo y obstetra, consultorio privado)

Como caso atípico aunque ilustrativo de la variedad de situaciones registradas por los médicos en las consultas y demandas relacionadas a la planificación familiar, una obstetra cuenta:

“el otro día llegó una chica de 19 al hospital, que va por el tercero (refiriéndose al tercer hijo), y yo le dije, ¿por qué no te empezas a cuidar?... y, ¿sabes lo que me dijo?, que le iba a pedir al marido que se haga la vasectomía, por que ellos sino no se cuidaban. Y el marido tiene 21 años... es una locura, en lugar de cuidarse quiere hacerle hacer eso al marido, por eso... no sabes qué hacer, qué decirles”. (Obstetra, en ámbito privado)

Las entrevistas no permitieron conocer que en ninguno de los dos casos descriptos se efectuó lo solicitado por los “pacientes”, no se realizó la vasectomía y no se ayudó a la jovencita “a quedar embarazada”. ¿Cómo pensar entonces las demandas de los sujetos y la resolución de estas desde la práctica y el saber médico? Considero que la complejidad aquí, radica en poder establecer si el médico está cumpliendo, o no, con el marco normativo:

-Para el primer caso, en el que el médico no da los consejos y atención necesarios ante la demanda para lograr un embarazo, el criterio para no hacerlo es la edad de quien consulta. Se obedece, así, a los planteos del programa nacional que postulan entre sus objetivos: prevenir, mediante información y educación, los abortos; brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción; promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable; otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.

- En el segundo caso se negó el método anticonceptivo por su carácter irreversible. Ya que los mismos no están contemplados en el programa nacional y/o provincial, los cuales sólo admiten métodos reversibles y transitorios. Creemos que también tuvo gran peso en la decisión de no practicarlo la edad del joven, ya que sí se practican vasectomías y ligadura de trompas a

pacientes de mayor edad.

Aparecen así el *saber* y la *práctica* en la salud pública que “condicionarían” en parte (obedeciendo a su vez a la norma) la planificación familiar de estos jóvenes.

Los programas expresan que en el tratamiento de la anticoncepción y planificación familiar debe atenderse a toda la población sin distinciones de ningún tipo (Art.3°). Mientras que en el artículo 4 se sostiene: “*En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, se podrán prescribir, además, otros métodos debiendo asistir las personas menores de catorce años, con un adulto responsable*”. En este sentido mencionamos la opinión del Dr. Andrés Gil Domínguez, quien señala: “*A pesar de considerar maduro al menor para recibir información y el suministro o prescripción del método que elija, es importante que los efectores promuevan la participación de los padres, tutores o encargados en todo lo atinente a la salud sexual del menor, pero en aquellos supuestos que por expreso pedido del niño o niña (por temor a sentirse coaccionado o violentado por la presencia de sus padres o por sus consecuencias futuras) y en virtud del 'interés superior del niño' debe necesariamente prevalecer la voluntad del menor*” (Opiniones Ley 25.673, Conders). Es claro que para el caso descrito no prevaleció la voluntad de estos menores y en la decisión se utilizaron tanto los saberes y práctica médicos como lo que la norma postula. El debate aquí debería abrirse hacia otras aristas que escapan a este trabajo y tienen que ver con la consideración del embarazo “adolescente” por parte del cuerpo médico y de la sociedad en general.

1 En relación a los *problemas más significativos conexos a la sexualidad*, se reconoce desde el área de salud y en las entrevistas con los médicos de sector público, que los índices de ETS crecieron en el último lustro. Aunque circulan recursos (la asistencia provincial provee preservativos), existen falencias en la relación médico-paciente que dependen de la práctica médica y de la formación que se tenga. Reconoce un profesional de la salud, mientras dialogamos:

“...sabemos que la barrera es el preservativo, pero seguimos dándole a las chicas las pastillas, es así...lo tenemos incorporado. Igual vuelven embarazadas o ahora, cada vez más, con Sida” (Médico ginecólogo, Hospital Municipal)

En relación a la misma problemática otra profesional afirma:

“...yo les explico a los chicos los métodos hormonales, las pastillas y el preservativo... pero se acercan más que nada a buscar pastillas y preservativos, con un poco de vergüenza.” (Enfermera de la Cruz Roja)

En relación a los métodos anticonceptivos sugeridos y prevención de ETS, los profesionales y

ginecólogos de consultorios privados nos cuentan que *se recomiendan pastillas anticonceptivas, mientras se sugiere el uso del preservativo y el testeo de VIH*. Los médicos sostienen que aunque recomiendan el preservativo, las chicas les piden pastillas, y refieren que la preocupación de las mismas se relaciona con los embarazos y no con las ETS.

El test de VIH se realiza obligatoriamente a las embarazadas y en otros casos, por pedido de la paciente.

Las prácticas llevadas a cabo por el sector público ligadas al tratamiento de la sexualidad, desarrolladas en los centros de salud y en el hospital municipal, son -a partir de la implementación de las leyes mencionadas- repartir preservativos y píldoras anticonceptivas (cuya indicación reviste mayor complejidad en tanto presentan contraindicaciones para situaciones particulares y llegan con mayor irregularidad que los primeros). El equipo interdisciplinario de uno de los CAPS en el informe anual efectuado *“desde enero del 2007 hay problemas con los insumos, no existe un abordaje para las cuestiones de género y no hay control nacional, provincial o local; todo depende de los intereses de los profesionales de cada CAPS”*. Nuestra investigación nos muestra que esta problemática denunciada no es nueva, si bien en el 2007 se hace visible por parte de los profesionales, es un problema que viene dándose con anterioridad cuyas consecuencias emergen en el periodo nombrado.

En torno a la posibilidad efectiva de acceso a los MAC, en el ámbito local son muy pocas las farmacias que expenden a través de IOMA (obturando lo que el artículo del programa referido a la cobertura médica contempla) y los jóvenes de sectores medios desconocen que debe garantizárseles el acceso a los mismos. Encuestas recientes realizadas a los jóvenes nos muestran que desconfían de los insumos anticonceptivos que se dan en los CAPS. Esto lo demuestran respuestas como *“si te lo regalan por algo es...”* o *“no son buenos, son de los truchos”* o también ideas como *“seguro que están viejos o algo así”*. Para revertir esta situación, los mismos profesionales de CAPS plantean que *“el equipo realiza actividades asistenciales, de promoción y prevención de la salud intra y extramuros*. Pero parece ser que estos esfuerzos no bastan, debido en parte a que *“se trabaja con registros parcializados, separados por disciplinas y dentro del Servicio Social la información es recabada por Programas y no por pacientes. Se carece de registros unificados entre los CAPS y no existen códigos comunes comprensibles para todos los profesionales (...) no se realiza análisis y procesamiento de datos”* (Informe CAPS Barrio Norte, 2007).

No se ha diseñado e implementado en la localidad un sistema de registro de información uniforme para los CAPS y el hospital. Los tipos de datos recabados son diferentes, y no han contemplado ni contemplan géneros, grupos de edad o indicadores de clase. Mostraremos a

continuación los únicos datos existentes a nivel municipal relacionados a la problemática que tratamos: los mismos fueron recabados en el Hospital Municipal, ya que como venimos describiendo los CAPS no cuentan hasta el momento con un sistema universal y planificado de relevamiento de datos. Los datos que pudimos recabar se reducen a números de pacientes atendidos en los distintos tipos de servicios del hospital según años:

Servicios	2003	2004	2005
Tocoginecología	8632	8443	7497
Pediatría	11372	15859	20179
Urología	2287	1756	1931

Municipalidad de Necochea, Hospital Dr. Emilio Ferreyra. Consultorios Externos

Desde el año 2006 se presenta una mayor desagregación en los datos:

Servicios	2006	2007
Tocoginecología	Mujeres: 9647 Varones: 0	Mujeres: 11646 Varones: 0
Pediatría	Niños: 16998	Niños: 15637
Urología	Mujeres: 704 Varones: 1995 Niños: 275 Total: 2974	Mujeres: 762 Varones: 2130 Niños: 280 Total: 3172

Municipalidad de Necochea, Hospital Dr. Emilio Ferreyra. Consultorios Externos

Puede notarse claramente que no se incluye “obstetricia” entre los motivos de consulta (servicios): esto se debe a que no existe tal desagregación en el relevamiento de datos por parte del hospital municipal, sino que bajo la variable Tocoginecología quedaría englobada la misma. Vemos a su vez que no existe una desagregación por motivos de consulta, ni se consideran intervalos de edad al interior de los géneros (los cuales se tratan como “sexo” y son variables recientes) así como tampoco existen intervalos de edad en las categorías incorporadas. Para el caso de los “niños” la misma puede resultar muy amplia si lo que se considera es el límite de 18 años de edad contemplado en la normativa. Creemos que esta falta de desagregación de los datos obtura la posibilidad de crear políticas locales efectivas en relación al abordaje de la

sexualidad.

La carencia de sistematización en la colecta de datos hace a la falta de información y por tanto de comunicación reconocida por miembros de los equipos interdisciplinarios de salud (trabajadores sociales y psicólogos) quienes plantean la “falta de articulación ejecutiva entre la Secretaría de Salud y la Dirección de Atención Primaria”. Se ha denunciado también la manifiesta intención del Jefe del Servicio de Obstetricia (del hospital municipal) de que en el sector primario no se atiendan consultas de embarazo adolescente ni se coloquen DIU. Este hecho, según el equipo interdisciplinario de un CAPS, “*muchas veces aleja al paciente de ambos niveles de servicios*”, con esto los integrantes del equipo referían, en las entrevistas, a que muchas veces las mujeres no se desplazan hasta el hospital, por lo que al negarse esa práctica de atención en los CAPS muchas pacientes no logran su objetivo ni la consulta en ningún espacio (ya que a uno no acceden y el otro no puede brindarles lo solicitado).

A pesar de estas fracturas entre los niveles de atención y entre los distintos profesionales, existen quienes intentan “generar espacios de análisis y reflexión entre los CAPS y la Secretaría de Salud en busca de la planificación de nuevas estrategias sanitarias a nivel local”.(CAPS Barrio Norte, 2007).

-Como último punto a tratar nos interesa indagar en las *actividades educativas, de formación y extensión que realizan los profesionales* en relación a la sexualidad. Las entrevistas nos mostraron un panorama heterogéneo: parece ser que la mayor demanda de la comunidad tienen que ver con el pedido de las escuelas, sobre todo del nivel Polimodal, por charlas informativas que complementen lo abordado en el aula. Actualmente dos médicos se encuentran realizando esta tarea con “regularidad”, sus especialidad son pediatría en un caso y cirujano (jubilado) en otro. Ambos tienen una fuerte adscripción al catolicismo que es conocida y hacen pública en la charlas y durante la entrevista. En uno de los casos, el médico niega el uso del preservativo y recomienda no tener relaciones sexuales en la etapa de la juventud que los alumnos del Polimodal están transitando. Este profesional, además, publica frecuentemente cartas a los lectores en el periódico local donde aborda el tema, cartas que se ajustan a una moral cristiana tradicional, que para la visión de muchos padres y docentes no es sostenible en el contexto actual.

El otro médico tiene una visión mas “amplia” no rechaza el ejercicio de la sexualidad en la juventud, sino que intenta “*hacerlos reflexionar, que se den cuenta de la importancia del afecto y la espiritualidad en las relaciones sexuales*”.

Un caso paradigmático, donde se puso en juego fuertemente la religión, fue un curso de capacitación de “Educación Sexual” dictado en junio del 2006 en el que se convocó a

profesionales de la salud, docentes y comunidad en general. Las jornadas estaban organizadas por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y el Círculo Médico Local y tuvieron gran concurrencia. Durante el curso dictado, el profesional muchas veces hizo mención a la ley 25673 para deslegitimarla y ponerla en duda basándose en una moral particular y en el valor de la familia. El caso fue que nunca aclaró su pertenencia a una fracción ortodoxa de la Iglesia Católica, habló como médico, poniendo en discusión el mismo saber médico y transmitiendo una ética y moral particulares, sin aclararlo nunca¹. Esta serie de casos nos invitan reflexionar acerca del campo de luchas y disputas entre la iglesia y la medicina para abordar la sexualidad. Sabemos que el catolicismo imprime fuertemente su marca en las normativas analizadas, sobre todo a nivel provincial, donde se apela a la Familia (a un modelo de familia, antes que al propio Estado), se dan fuertes pujas ante la legalización del aborto, vetos al dictado de educación sexual en privado, etc .

El caso es que, en general, sólo están realizando actividades con la comunidad y en las escuelas profesionales que adscriben fuertemente al catolicismo. Muchos médicos no concurren a las escuelas por falta de tiempo o por desinterés, algunos sostienen que no saben cómo hablarle a los chicos y otros, basándose en malas experiencias previas decidieron no concurrir más. Uno de los profesionales cuenta en su consultorio:

“A mi me llaman, pero ya no voy, después de lo que me paso la última vez... una paciente que da clases de biología me pidió que fuera a darle una charla a los chicos. Yo fui, y les hablé de anticoncepción, del SIDA, de la prevención, de que se cuiden al momento de tener relaciones sexuales... y cuando termine ella estaba enojada, me dijo que porqué había tratado esos temas, que era un tema muy complejo, que ella pensaba que yo les iba a hablar de medicina, del cuerpo. Qué se yo!... Yo no voy a ir a darles a los chicos lo que ven en un libro, yo les quise dar algo que les sirva realmente, lo que otro por ahí no les puede contar... pero desde ahí decidí no ir mas.” (Ginecólogo, consultorio privado)

Una profesora de nivel Polimodal nos comenta que solía, todos los años, convocar a un profesional que daba las charlas en el hospital, *“...y les mostraba a los chicos donde se atendía, la sala de partos, neonatología y todo lo que tenía que ver con el embrazo adolescente(...) Además les hablaba a los chicos desde la realidad, de la noche, sabía bien lo que pasaba a la noche con los chicos, a los chicos se les transformaba la cara cuando empezaba a hablar... del sexo oral, de como no se cuidan bien, del alcohol en las relaciones...pero ahora hace 2 años*

¹ Para un análisis detallado del caso ver “Discursos moralizantes y Disonantes con la ley” (Poujol, 2007).

que lo invito y no quiere, no sé que pasó.” (Profesora de Salud y Adolescencia, escuela privada).

Puede afirmarse que los encuentros con los jóvenes –llevados a cabo particularmente en las escuelas- para reflexionar sobre esta problemática son escasos y eventuales, siendo restringida la información sobre sexualidad brindada en los mismos, por otra parte ajena a sus necesidades y experiencias. A esto se suma que la poca actividad socio-comunitaria que hay en relación al abordaje de la sexualidad joven es promovida por actores sociales ligados fuertemente a la Iglesia Católica.

4. Reflexiones finales

Tomando el marco normativo vigente en relación a políticas de sexualidad hemos explorado someramente la realidad de la localidad de Necochea en cuanto a la implementación y alcances de los mismos. Podemos ver que en términos generales las problemáticas quedan reducidas, en el tratamiento, enfoque, e incluso concepción a hechos asociados a la reproducción y a la salud sexual en un sentido biológico. Esto coincide con la concepción de la salud pública en un sentido práctico, donde lo que importa son las acciones preventivas y el tratamiento acorde a los saberes legitimados por el campo médico. Desde ese discurso del “saber” que hace a la salud pública, muchos conocimientos se vuelven norma, sin contemplar las diferencias de género, de edad o de clase. En la mayoría de los discursos las referencias se centran en las chicas, los varones están ausentes no solo en las consultas sino en el discurso de prevención de los profesionales, y se las responsabiliza o culpabiliza, generándose lo que se ha dado en llamar *ginecentrismo negativo*. En las pocas referencias que se hacen a los varones, como por ejemplo en el programa provincial, se los invita a participar, pero no se denota una real inclusión de los mismos en los programas. El embarazo y la sexualidad adolescente se relata como problemática desde la postura adulta del médico, sin importar si el hijo es deseado o buscado, si se dispone de los recursos para criarlo, el problema se reduce a la edad de los padres.

Lo más significativo es que en todos los discursos, la sexualidad se reduce o asocia a reproducción, ETS y en algunos casos, a abortos. No hay un tratamiento por parte de los médicos de la sexualidad en un sentido positivo y amplio, son pocos los médicos que refieren a la afectividad, al goce, al placer, a los temores, al consenso. Tal reduccionismo impide visualizar las diferencias que la reproducción, las ETS, el aborto, el debut sexual y el ejercicio de relaciones sexuales implican para cada sujeto, que son los motivos que hacen a la salud pública como fenómeno colectivo y que son el aspecto más endeble de las políticas actuales.

Bibliografía

- Agamben, G. (2000) *Infancia e Historia*. Editorial Paidós, Bs.As. Argentina
- Amorós C. (1994) *Feminismo, igualdad y diferencia* (Colección Libros del PUEG. Universidad Nacional Autónoma de México).
- Auyero, J. (1993) *Otra vez en la vía. Notas e interrogantes sobre la juventud de sectores populares*. Espacio Editorial, Buenos Aires. Argentina.
- Barreiro Lini “*Lo local, nacional, subregional e internacional se conjuga en la lucha por la equidad de género*” trabajo presentado en el *Seminario-Taller Internacional Movimientos sociales y ciudadanía más allá de la nación* (Bs. As , agosto 1999).
- Bodstein, R (1992) “*Ciencias Sociales y Saude Coletiva: Nevas questioes, nevos abordajes*”. En: *Cadernos de Saude Pública*. Vol 8 nº 2. OMS, Brasil.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1992) *Una invitación a la sociología reflexiva*. Ed.Siglo XXI,
- CEDES (2005) *La salud y los derechos sexuales y reproductivos avances y retrocesos* Informe Final CELS, Bs. As.
- Chaves, M. (2004) *Biopolítica de los cuerpos jóvenes: aproximación e inventario* KAIRÓS, *Revista de Temas Sociales*, Año 8, Nº 14, Universidad Nacional de San Luis.
- Chaves, M. (2005) *Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea*. En: *Revista Última Década* Nº 23, Centro de Investigación y Difusión Poblacional de Achupallas, Viña del Mar.
- Checa, S. (2005) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Ed. Paidós,
- CEPAL *El desafío de la equidad de género y de los derechos humanos en los albores del Siglo XXI* (Serie Mujer y Desarrollo, Chile, 2000)
- Cook Rebecca “*El derecho internacional y la salud de la mujer*” en Organización Panamericana de la Salud *Género, Mujer y Salud en las Américas* (Publicación Científica N 541).
- Durand T. y Gutiérrez MA. “*Cuerpo de Mujer: consideraciones sobre los derechos sociales, sexuales y reproductivos en la Argentina*” en Bianco Mabel, Durand Teresa, --Gutiérrez, MA y Zurutuza C. *Mujeres Sanas, Ciudadanas libres (o el poder para decidir)* (Bs. As. FEIM/FNUAP/CLADEM Foro Derechos Reproductivos, 1988).

- Faur, E. y Gherardi (2005). *Sexualidades y reproducción: la perspectiva de los derechos humanos*. En: Informe sobre género y derechos humanos. Equipo Latinoamericano de Justicia y género. Ed. Biblos. Buenos Aires
- Foucault, M, (2002) *El orden del discurso*, Barcelona. Tusquets
- Foucault, M (1980). *La Historia de la Sexualidad*. Tomo 1. Ed. SXXI Madrid.
- Gogna,M (2004) *Las reformas del sector salud en Argentina y Chile: oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*- 1ªedición- Bs. As. CEDES
- Gogna,M (2005) *Estado del arte: investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina: 1990-2002*. Bs.As. CEDES.
- Gogna, (et al, 2005) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Bs.As .CEDES.
- Gomez, R. D *Sobre la polisemia del concepto de Salud en la Salud Pública* Rev.de la Fac. Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. 0120-386 X. Colombia. 2002.
- Guber, R. *Etnografía. Método, campo y reflexividad*, Buenos Aires, Ed. Norma.2001
- Herzlich y Pierret, (1982). *De ayer a hoy: construcción social del enfermo*. Cuadernos médicos sociales n° 43, Rosario, Argentina 1986.
- González Velez A. y Sánchez M. *Investigación en Salud para el desarrollo y el enfoque de género: un abordaje necesario para la equidad en salud* (Mimeo, 2000).
- Gutierrez María Alicia (2001) *Genero, cuerpo y salud: reformulando conceptos en Sexualidad en las diferentes etapas de la vida reproductiva*. Fac. de Cs. Sociales. UBA
- Jodelet. D. (1985) *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. En Moscovici, S.Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.
- Kaufman, M. (1997) *Masculinidades Poder Y Crisis*. Ed. Hablan las mujeres n° 24, Bs.As. Argentina
- Laurell, A.C.(1998) *La Salud-Enfermedad como Proceso Social*. En: Revista Latinoamericana de Salud. N° 2. Bs.As.
- Lamas,M.,(1986) *El Género: La construcción cultural de la sexualidad*. Nueva Antropología. México Vol VIII, n° 30
- Menéndez E,(1992) *El Modelo Medico Hegemónico. Estructura, función y crisis*. En: Morir de Alcohol. Saber y hegemonía medica. DF. Los noventa, Alianza Ed. Mexicana
- Ortale, S (2008) *Aportes De La Antropología Médica A La Reflexión Sobre Las Políticas*

De Salud Sexual Y Reproductiva Dirigidas A Madres Adolescentes En La Argentina. XI Congreso de Antropología de la FAAEE (San Sebastián, septiembre de 2008).

-Paiva, V. *Analizando cenas e sexualidades: a promocio de saude na perspectiva dos direitos humanos.* NEPAIDS. Sao Paulo. 2000

-Poujol, L(2007)_“Discursos moralizantes y disonantes con la ley. Las paradojas institucionales en torno a la sexualidad adolescente” II Coloquio interdisciplinario Educación, Género y Sexualidad. UBA. FF y L. Agosto del 2007. (Publicación en CD)

-Rubin, G.(1997) *Reflexionando sobre sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad.* En: “Placer y Peligro” compilación de Carol Vance. Ed. Hablan las mujeres

-Scott, J (1993) *El género: una categoría útil para el análisis histórico.* Centro Editor de América Latina. Bs. As.

-Schuster, G y García Jurado, (M 2005). Informe para el CONDERS www.conders.com.ar

-Schwartzmann L. *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales.* Cs. y enfermedad., dic. 2003, vol.9, no.2, p.09-21. ISSN 0717-9553. Chile

-Szasz, I (1999) *Género y Salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja.* En: Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina (Broffman y Castro) México.

-Taylor y Bogdan. (1987) *Hacer etnografía.* Ed. Sudamericana. Bs.As.