

0075

Mujer Joven
Educación Sexual
Relaciones Sexuales

GUIA PARA LA IMPLEMENTACION
DE UN SERVICIO INTEGRADO
DE INFORMACION SEXUAL
A NIVEL PROVINCIAL

DIRECCION NACIONAL DE ESTUDIOS, PROYECTOS E INVESTIGACION
SUBSECRETARIA DE LA MUJER
SECRETARIA DE DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL
REPUBLICA ARGENTINA
MAYO DE 1989

Pliego - 102
V. 10/89

SUBSECRETARIA DE LA MUJER:

Sra. Zita Coronato de Montes de Oca

DIRECTORA NACIONAL DE ESTUDIOS, PROYECTOS E INVESTIGACION:

Lic. Mónica García Frinchaboy

INFORME ELABORADO POR:

Lic. Graciela Colombo

Lic. Silvia Serra

INTRODUCCION

La presente guía está fundada en la necesidad de crear en nuestro país servicios integrados de información sexual, con la finalidad de que los propios sujetos puedan convertirse en agentes de prevención a nivel comunitario. De este modo, podrían evitarse eventos de grave riesgo emocional y físico (como por ejemplo, el aborto, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc.), al mismo tiempo que se intenta mejorar la calidad de vida de las personas.

Si bien consideramos que en el abordaje de esta temática es necesaria la articulación con los sistemas de salud, también creemos pertinente que la propia comunidad comience a realizar acciones de prevención al poder acceder a niveles más precisos de información sexual.

El modo de servicio que proponemos consiste en que el equipo provincial a nivel central pueda recibir la capacitación necesaria para dar respuestas en el área de la sexualidad, transmitiendo tecnología y los conocimientos necesarios a la propia comunidad, con el objetivo de que la misma pueda elaborar sus propios proyectos, incluyendo sus necesidades y pautas culturales.

Asimismo, uno de los objetivos prioritarios consiste en la modificación de concepciones autoritarias en relación a la sexualidad. Para tal fin, es necesario iniciar un proceso de concientización que involucre a todos los sectores de la sociedad.

El servicio a implementar está dirigido especialmente a las mujeres en el concepto de que una mayor información sexual permitirá la adquisición de prácticas de autocuidado que posibiliten a las mismas un mayor control sobre su propio cuerpo. No obstante ello, se tenderá a incorporar a los programas a la población masculina ya que partimos de un enfoque integral de la sexualidad como forma de mejorar las relaciones interpersonales.

En el área de la sexualidad, tanto el varón como la mujer necesitan acceder a niveles más adecuados de información con el objetivo de que se puedan - compartir las responsabilidades.

La Subsecretaría de la Mujer considera que el tema de la sexualidad es de gran importancia en el marco de la problemática de la mujer, por tal motivo, se han elaborado una serie de criterios y líneas de acción que no pueden omitirse a la hora de formular proyectos, más allá de las realidades provinciales.

La guía que presentamos pretende servir como orientadora para la creación de un servicio integrado de información sexual a nivel provincial. El presupuesto básico del cual partimos consiste en considerar a la propia comunidad en la implementación, ejecución y evaluación del proyecto. De este modo, la - descentralización es la característica fundamental en el funcionamiento de dicho servicio.

En este documento se han elaborado un conjunto de objetivos, pero consideramos pertinente aclarar que no es necesario que se cumplimenten todos al mismo tiempo, sino que cada provincia podrá adecuar los mismos a su propia realidad. De este modo, los objetivos pueden ser presentados como formando parte de un proceso.

Asimismo, se ha considerado relevante brindar pautas orientadoras para su elaboración e implementación. Con este motivo, se ha preparado la presente guía que intenta analizar los aspectos sustantivos y operativos referidos al servicio propuesto, así como los aspectos formales necesarios para su elaboración.

Entendemos por aspectos sustantivos aquellos derivados de la naturaleza y temas específicos del proyecto y constituyen lo esencial del mismo. Los operativos se dirigen a pautar la organización del servicio propuesto.

En cambio, los aspectos formales se refieren a la estructura de presentación del proyecto, responden a las reglas establecidas y son de aplicación general.

RELEVANCIA DEL TEMA

Para ubicarnos en la temática de la sexualidad y planificación familiar, consideramos pertinente el desarrollo de las siguientes temáticas: una breve referencia a las políticas de población y su incidencia en la planificación familiar, el aborto como principal causa de mortalidad materna, estudios realizados sobre comportamientos reproductivos en mujeres de sectores populares, y por último, una presentación de la problemática sobre la maternidad adolescente.

Políticas de población y planificación familiar (x)

La posición oficial en nuestro país puede ser definida como pro-natalista, teniendo en cuenta las políticas implementadas en esta cuestión, tanto por el gobierno peronista (1974) como por el gobierno militar (1977).

El decreto 659 del año 1974 dispuso la prohibición de actividades destinadas al control de la natalidad, el control de la comercialización y venta de productos medicinales anticonceptivos mediante el sistema de receta por triplicado y la implementación de una campaña intensiva de educación sanitaria a nivel popular que mostrara los riesgos de las prácticas anticonceptivas. La campaña finalmente no se implementó y el requisito de la receta para las compras en las farmacias nunca llegó a concretarse. Pero sí, en cambio, se cerraron sesenta consultorios de planificación familiar que funcionaban en los hospitales, quedando en vigencia a partir de ese momento, la prohibición tanto de la administración como de la información acerca de anticonceptivos, en las instituciones que dependían de o eran supervisadas por el Estado, en el área de salud, incluyendo a las obras sociales.

(x) Nota: Para el desarrollo de este punto, nos basamos en: Torrado, Susana: La cuestión poblacional argentina y las políticas de población. 1986. Llovet, J. J. y Ramos, S.: La planificación en la Argentina: Salud Pública y derechos humanos. Cuadernos Médicos Sociales Nº 38. 1986.

El segundo decreto 3938-77 fue sancionado durante la dictadura; en el mismo se aprobaban los objetivos y políticas propuestas por la Comisión Nacional de Política Demográfica, entre los cuales se reiteraba la eliminación de aquellas actividades que promuevan el control de la natalidad.

El fundamento argumentativo de dichas políticas fue el lento crecimiento demográfico, que represente la mitad del correspondiente al resto de América Latina. Desde fines del siglo pasado, la tasa bruta de natalidad tuvo una tendencia decreciente, la cual se prorrogó ininterrumpidamente hasta hace pocos años. Hacia mediados de los sesenta, mientras la mayoría de las naciones de la región presentaban tasas por encima del 40 por mil, Argentina tenía una TBN que estaba entre el 22 y el 23 por mil (Rothman, 1973).

El aspecto geopolítico se convirtió durante los gobiernos militares en el aspecto fundamental de las políticas demográficas, señalándose que la Argentina es un país "vacío", con áreas despobladas, en especial en sus zonas fronterizas, y este rasgo la debilitaría desde el punto de vista geopolítico.

El comienzo del gobierno democrático en 1983 no trajo aparejado mayores cambios en esta cuestión. Si bien se dejó de lado el control y la persecución de aquellas acciones que pudieran facilitar la regulación deliberada de la fecundidad, el cuadro normativo de los gobiernos anteriores continuó vigente.

En setiembre, la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia eleva al Poder Ejecutivo dos anteproyectos con el objetivo de derogar la legislación vigente en nuestro país en materia de planificación familiar.

En diciembre de 1986, el Poder Ejecutivo deroga la legislación que prohibía el desarrollo de actividades destinadas directa o indirectamente al control de la natalidad y lo hace fundamentalmente en la convicción de que al formular políticas de fecundidad, los gobiernos deben respetar los derechos humanos básicos. Cada pareja puede decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos, disponiendo además de la información, la educación y los medios necesarios para ello.

En este tema, la Subsecretaría de la Mujer considera que si las políticas de población se encaran solamente desde el punto de vista geopolítico, resultan atentatorias a los derechos humanos básicos. Si en cambio se concilian - las razones de la geopolítica con las necesidades del bienestar social, la - formulación de metas demográficas debe tomar en consideración el costo que - las mismas implican para cada grupo social.

Una política de población respetuosa de los derechos humanos y redistributiva en lo concerniente al bienestar social, debería plantearse los siguientes objetivos:

- Derogar toda legislación coercitiva en esta materia.
- Asegurar el derecho de toda persona a acceder a la información necesaria para que la misma pueda tomar decisiones responsables en relación a su sexualidad.

MORTALIDAD MATERNA

Consideramos pertinente comenzar haciendo una breve referencia al aborto como principal causa de mortalidad materna en nuestro país.

Según las estadísticas de salud disponibles, entre las causas de mortalidad materna encontramos que las muertes por embarazos terminados en aborto representan un 35% del total de defunciones maternas. Para apreciar el verdadero alcance de este dato, es necesario marcar la distinción entre el aborto espontáneo y el inducido. Según lo señala la Doctora Bianco, el primero es - el que presenta las proporciones más bajas entre las cifras de mortalidad, - mientras que el segundo es el que trae aparejado mayores riesgos de muerte, - debido a la etapa del embarazo en que se lleva a cabo, como así también la i - doneidad de quien lo practica y el contexto en que se realiza.

Debido a que el aborto inducido es ilegal en la Argentina -al igual que en la mayoría de los países de América Latina-, en casi todos los casos se produce fuera de los servicios de salud, con mayores posibilidades de complicaciones con riesgo de muerte (1986).

Bianco señala la necesidad de realizar una acotación en relación al aborto y su legalización: si bien los expertos y los organismos especializados no lo incluyen como método anticonceptivo, no hay duda de que es uno de los métodos más empleados y reconocidos por la población. Frente a este hecho, que es una realidad, y reconociendo los riesgos que esta práctica trae implícita para la salud física, psicológica y social de las mujeres y también para la pareja, se plantea como necesario implementar estrategias preventivas de control de la natalidad que eviten recurrir al aborto.

Como señala Bianco, el aborto no es un método anticonceptivo que deba ser estimulado a favorecerse, para lo que es necesario brindarle a las mujeres toda la información necesaria con respecto a otros métodos anticonceptivos, así como garantizar el fácil acceso a los mismos (1986).

COMPORTAMIENTOS REPRODUCTIVOS EN MUJERES DE SECTORES POPULARES

Con relación a las prácticas contraceptivas de las mujeres, contamos en nuestro país con los datos elaborados por el PECFAL (Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina) de 1964 desarrollado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), como así también con los estudios realizados por Llovet y Ramos con mujeres de sectores populares.

El primer estudio mencionado incluyó a Buenos Aires y los 19 partidos del conurbano como una de las áreas del estudio (CELADE y CFSV, Janvry y Rothman, 1975), encontrándose que en el área metropolitana estaba totalmente difundido: el 97% de las mujeres casadas y convivientes encuestadas conocían como mínimo uno, siendo cuatro el número mediano.

Si bien se ubican en general en los sectores populares los porcentajes más bajos de conocimiento, prevalencia e incidencia de uso, los valores correspondientes a los mismos no se consideran despreciables. Se encontró que algo más del 90% de este sector social -donde prevalecen las categorías manual especializada y semi-especializada o no especializada como ocupación - del marido- conocía al menos un método, entre el 50 y el 60% estaba utilizando alguno y más del 70% los había utilizado en alguna oportunidad.

Según apreciaciones de Llovet y Ramos, el material de PECFAL presenta el sesgo de estar referido solamente a Capital Federal y Gran Buenos Aires, señalando como aspecto más importante el estar referido a una información obsoleta, puesto que fue recolectada en el período en que comenzaba a producirse la difusión de pastillas y el DIU, lo cual trajo aparejado un cambio significativo en relación a las prácticas contraceptivas.

Con respecto a los sectores populares, los autores antes mencionados realizaron durante el año 1986 un estudio en base a una muestra de 121 mujeres que tienen dos o tres hijos nacidos vivos. Hasta el último embarazo, o sea hasta la concepción del segundo o tercer hijo según el caso, 93 de las 121 mujeres -el 77%- había empleado alguna vez algún método. Con relación al primer método empleado, las proporciones más elevadas recayeron en la píldora (46,2%) y el coitus interruptus. Entre la finalización del puerperio y la segunda onda de entrevistas realizadas durante la investigación, 78 de las 95 mujeres que pudieron ser conectadas nuevamente (el 82%) habían recurrido a la anticoncepción, adquiriendo preminencia los métodos tradicionales (coitus interruptus, preservativos, etc.)

En el estudio realizado, cuando se les preguntó acerca de quién les informó respecto del primer método empleado, se encontró que la mujer par (amiga, vecina, compañera, cuñada, etc.) y la pareja fueron mencionadas por el 60,2% de las entrevistadas, alcanzando los profesionales médicos y paramédicos un 22,6% y 6,4% respectivamente. Estas cifras nos están mostrando la importancia que adquieren las redes informales de comunicación (amigos, vecinos, pareja, etc.) que funcionan al margen de los sistemas oficiales de

salud. Si bien se trata de una muestra de mujeres que en su gran mayoría adoptaron como primer método anticonceptivos eficaces, aquellos que por su propia naturaleza exigen más que los otros del consejo y prescripción médica, el porcentaje de informantes médicos debería ser significativamente superior al dato que reflejan las cifras. Entre los motivos que inciden en este hecho, los autores se refieren al papel que cumplió el Estado en relación a la anticoncepción, prohibiéndose la acción de los servicios de salud estatales y de la seguridad social en lo que se refiere a la provisión de métodos e información dificultándose de este modo el acceso a los servicios de salud.

En el estudio realizado por Llovet y Ramos, se pudo observar una discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos, el paso de un método a otro era sumamente errático, las mujeres podían cambiar de un anticonceptivo eficaz a otro eficaz, de uno eficaz a otro tradicional y viceversa. Con relación a la ineficacia de los métodos, podemos decir, que un método puede ser infructuoso a causa de una imperfección originada en su propia naturaleza material o bien por haber sido erróneamente manejado (Salerno, 1976). Este último motivo puede obedecer a la desinformación o a la inadecuada información.

Al hacer alusión a la necesidad de información, creemos pertinente referirnos al rol hegemónico que cumplen los profesionales de la salud en nuestra sociedad. En términos generales, se los considera como aquellos que se encuentran más capacitados para suministrar información.

La aceptación de esta concepción médica, genera en la relación médico-paciente un vínculo despersonalizado, una de cuyas consecuencias es la dificultad del/la paciente para acceder a una adecuada información debido a la falta de confianza en el médico. Prevalecen de este modo, actitudes simplistas por parte de los profesionales médicos que se pueden traducir en un desconocimiento de aquellos aspectos elementales de la psicología humana, atendiéndose a la demanda con una simple receta escrita. Este tipo de relaciones autoritarias interfieren en alto grado el proceso de comunicación, de información en materia de sexualidad y planificación familiar, creándose condiciones propicias para situaciones perjudiciales a la salud de las personas, en particular de las mujeres.

MATERNIDAD ADOLESCENTE (x)

La Organización Mundial de la Salud señala que el embarazo adolescente (y su relativo aumento o mayor visibilidad) se debe a cambios en las pautas demográficas y culturales, provocadas por el crecimiento económico y los procesos de urbanización. Más concretamente, este enfoque destaca que como resultado indirecto del incremento del nivel nutricional en general acaecido en las últimas décadas, la edad de la menarca desciende progresivamente a nivel mundial. Por factores de diversa índole, las parejas se constituyen más tardíamente en la actualidad. La conjunción de estos dos cambios socioculturales trae consigo la emergencia de la problemática que nos ocupa.

Ahora bien, una perspectiva que solo se limita a la explicación histórico-demográfica, del embarazo adolescente es sin duda limitada, en tanto soslaya los aspectos que lo convierten en "problemático".

Nos referimos básicamente al hecho de que en la población que nos ocupa la maternidad se produce en un período de transición desde el punto de vista orgánico, social y psicológico. La adolescencia, en efecto, está signada por la inestabilidad, la rebeldía, el florecimiento sexual; es un lento proceso de maduración que tiene como piedra de toque la constitución de un sujeto adulto que pueda elegir conscientemente la maternidad o paternidad. En tal sentido, el embarazo adolescente es un hecho biopsíquico y social que afecta a la mujer (su salud, su desarrollo psicológico, sus posibilidades futuras) independientemente de su estado civil, aunque la soledad y el abandono lo agraven en sus consecuencias de manera extrema.

El problema de la maternidad adolescente en soledad parece estar estrechamente vinculado con la pertenencia a familias desarticuladas, inestables. Dicha pertenencia, a la que se suman la desinformación o ausencia de conocimiento sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, aparece fuertemente asociada al fenómeno que nos ocupa.

(x) NOTA: Para el desarrollo de la temática sobre maternidad adolescente, nos basamos en el estudio realizado por Cecilia Luvecce. Subsecretaría de la Mujer, 1988.

Una vez establecida a grandes rasgos la problemática, se hace necesario precisar el universo empírico al cual nos referimos.

Considerando que las mujeres son fértiles más tempranamente y que la adolescencia se ha prolongado en su duración temporal, cuando hablamos de maternidad adolescente podríamos referirnos tanto a niñas de 10 años como a una joven de 25 años. Esta amplitud de la faja etaria impone necesariamente delimitación por cuanto ella incluye problemáticas muy diversas y situaciones con distinto grado de "vulnerabilidad".

En el primer caso, encontramos que el embarazo infantil está generalmente vinculado a abusos sexuales, violaciones, etc. Aunque el problema adquiere su máxima gravedad en las niñas mamás, en tanto su capacidad de recibir y cuidar al hijo es muy limitada, siendo ella misma una nena, la mayoría de los casos no parecen concentrarse en este grupo etario. (Contribuciones, año 1987). El agravamiento de las consecuencias para este grupo es tá asociado a la minoría de edad -en todos sus sentidos- a la potencialidad de adquirir cáncer de cuello de útero posteriormente, al riesgo de morir en el parto por ser primípara, a la potencialidad de repetición del embarazo en soledad, etc.

El caso de las madres jóvenes (20-24 años), merece una reflexión aparte. El hecho de que sean mayores y que, por lo tanto están en mejores condiciones personales para enfrentar el embarazo, no significa que no se encuentren en una situación vulnerable, especialmente cuando su situación socio-económica es deficitaria. Los embarazos no deseados en este tramo de edad, señalan que el desconocimiento sobre la sexualidad y la reproducción afecta no solo a las adolescentes en sentido estricto.

En este trabajo consideramos al grupo etario de 14 a 19 años como típicamente adolescente. Entendemos, entonces, por madres adolescentes a aquellas mujeres entre los 14 y 19 años que hayan quedado embarazadas o hayan tenido un hijo y que, por factores culturales, sociales, económicos y psíquicos, se encuentren en una situación de alta vulnerabilidad para vivir y desarrollar su maternidad.

Estos factores aparecen generalmente expresados en los siguientes rasgos: la falta de contención afectiva, el abandono, la soledad, la inestabilidad, la precariedad económica, Empíricamente, encontramos que estos atributos están asociados a mujeres de sectores populares, por lo que consideramos pertinente la implementación de políticas y programas que contemplen en primer lugar las características de este sector social, implementando acciones de prevención que tengan en cuenta la especificidad de la problemática en cuestión.

ASPECTOS SUSTANTIVOS

MODELO MEDICO HEGEMONICO REFERIDO A LA SEXUALIDAD

En el tratamiento del proceso de salud-enfermedad, están presentes distintas concepciones médicas que desarrollaremos a continuación.

En un primer momento creemos necesario hacer referencia al modelo médico hegemónico, ya que como mencionáramos con anterioridad, suele constituirse en un obstáculo para el abordaje del tema que nos ocupa. A continuación describiremos brevemente sus rasgos más sobresalientes:

Esta concepción médica responde a un enfoque individualista y biologicista que prioriza el concepto de enfermedad, ocupándose de curar a las personas pero no de promover y desarrollar condiciones de salud.

Al interior de esta práctica se establecen relaciones autoritarias que están basadas en la ideología médica dominante, que postula una supuesta superioridad del conocimiento médico, generando un vínculo asimétrico en la relación con el paciente, a quien ubica en un lugar de subordinación.

En referencia a la población femenina, la medicina ha desempeñado un papel fundamental en la sociedad moderna en cuanto a la transmisión y perpetuación del sistema de valores tradicionales que reflejan una situación de subordinación en el cuidado de su propia salud, como así también en el rol que desempeña en la sociedad.

La medicina, utilizando supuestos de la fisiología, la biología y la anatomía, ha contribuido a la racionalización y la legitimación de la función social que la ideología dominante atribuye a las mujeres (Martínez, C; Buitrago C, 1984). El discurso médico ha mantenido vigencia durante mucho tiempo con conceptualizaciones tales como la definición de la mujer como producto y consecuencia de su sistema reproductivo. El útero y los ovarios controlan de este modo, la conducta de las mujeres desde el inicio de la pubertad hasta la menopausia y constituyen la base incuestionable de su rol social (Martínez, C; Buitrago, C, 1984).

El asociar como causalidad lineal la sexualidad con la reproducción es una forma de limitar el papel de la mujer a lo biológico, constituyendo una de las bases ideológicas culturales sobre las que se asienta la subordinación de las mujeres. Se parte de este modo de un enfoque naturalista que coloca a la mujer en una situación de desventaja. Las raíces de esta subordinación radican en que la mujer -desde esta perspectiva- por sus características fisiológicas, se encuentra más próxima a la naturaleza que los hombres.

De esta forma, se marca una dicotomía entre el rol de la mujer, asociado al mundo doméstico (de lo privado) y el rol del hombre vinculado a la participación en los distintos ámbitos de la cultura (de lo público).

La concepción naturalista no reconoce el papel de la mujer en la cultura debido a que acepta como "natural" a la maternidad y de este modo desconoce el papel responsable que cumple la madre no solo en la reproducción biológica sino también en la reproducción cultural de la sociedad en su conjunto. De ahí, que considerar al hombre como formando parte de la cultura y a la mujer como formando parte de la naturaleza, se convierte en una de las tantas desigualdades que ilustran sobre la desigualdad social (Daskal, 1984).

El accionar de la mujer queda limitado al ámbito doméstico, quedando en un nivel inferior al del hombre en los distintos ámbitos de la vida social, reconociéndosele fundamentalmente su función en la reproducción biológica.

Estas concepciones forman parte de la cultura patriarcal aún vigente en nuestra sociedad y por lo tanto es en esta ideología en la que son socializadas las personas que forman parte de esta sociedad. De esta forma, esta concepción antecede a toda formulación que sobre los seres humanos se formula - en cualquier ámbito de la vida social, entre ellas la salud.

En general, existe conformidad dentro de los estudios sobre mujer y salud, en considerar que las prácticas vinculadas al área de la salud constituyen una vía efectiva para la transmisión de concepciones ideológicas que responden a un determinado modelo de género sexual. En efecto, proponen un discurso e implementan acciones sobre el cuerpo de la mujer, su capacidad repro-

ductiva y las características psíquicas normales y patológicas en nuestra sociedad. Esta transmisión ideológica queda a su vez reasegurada por el hecho - de que las prácticas vinculadas a la salud disponen de una alta cuota de credibilidad social, precisamente porque han delimitado un corte neto entre el saber vulgar, el saber de las mujeres respecto de sus propios cuerpos y mentes y el saber científico acerca de los mismos. (Ramos, 1984).

En este modelo hegemónico, la asistencia gineco-obstétrica responde a una orientación biologicista de la salud, en la cual la medicina individual y curativa es la hegemónica, donde se tiende a dejar de lado la situación afectiva, emocional, socio-laboral y la organización doméstica de la vida cotidiana de la mujer. Se desvalorizan de este modo, las diversas prácticas que implementan las mujeres desde su cotidianeidad para el cuidado de la salud. Detrás de este discurso y práctica médica, se prioriza un modelo de género sexual dominante, el cual pone énfasis solamente en aquellos aspectos reproductivos de la mujer, dejando sin considerar otros hitos importantes de su ciclo vital. Prevalecen valores, creencias que aceptan un ideal dominante del ser mujer, en el cual el ser madre se convierte en su destino último y trascendental. El modelo de "buena madre" en el sentido de adaptarse a las normas y prescripciones morales impuestas socialmente, se reflejan en la diversidad de prácticas que implementan los médicos en su ejercicio profesional.

MODELO MEDICO ALTERNATIVO REFERIDO A LA SEXUALIDAD

Algunos autores ponen en cuestionamiento la validez del modelo hegemónico, aludiendo a la necesidad de incorporar en el proceso de salud-enfermedad un conjunto de variables de índoles sociocultural, político, económico. Es decir, comprender a la salud-enfermedad en su mutua interdependencia con la posición que el individuo ocupa en la sociedad, en un determinado momento histórico.

Este enfoque alternativo permite lograr un análisis más complejo e integral de la realidad social, evitando caer en pensamientos simplistas que no permiten dar cuenta de la misma.

Entre las características sobresalientes de este modelo podemos destacar una relación médico-paciente personalizada, donde se tiene en cuenta las condiciones socio-económicas y culturales de la población, adecuando las prescripciones médicas a cada realidad correcta. El objetivo básico consiste en trabajar en prevención y promoción de la salud, convirtiendo a la propia persona en sujeto de sus acciones.

Esta nueva perspectiva nos remite a una revisión del papel de la mujer en el cuidado de su salud. Como se expresó anteriormente, el modelo médico hegemónico hace prevalecer una ideología sexual dominante. La mujer es considerada solamente en su condición de madre, dejándose de lado otros aspectos del ser mujer que no se encuentran ligados necesariamente a la reproducción.

Esta óptica alternativa incorpora a la mujer como sujeto de su propia salud, como integrante de una comunidad determinada, estimulando trabajos de índole comunitaria, donde se comparte una visión de la salud en sentido integral. Es decir, no se trabaja solo con la enfermedad sino con todos aquellos aspectos de la realidad social que permiten lograr una mejor calidad de vida.

Creemos que en el tema de la sexualidad no debe considerarse solamente aquellas cuestiones referidas a la reproducción, sino que es necesario basarnos en un concepto más amplio del sexo, tanto para el individuo como para la socie

dad y es el que está referido a las relaciones interpersonales, a la conformación de la personalidad, a una mejor calidad de vida.

Según la OMS, la atención de la salud sexual debe tener como finalidad el intercambio de las relaciones interpersonales y no solo el asesoramiento y cuidado relativo a la procreación o a las enfermedades de transmisión sexual (1975).

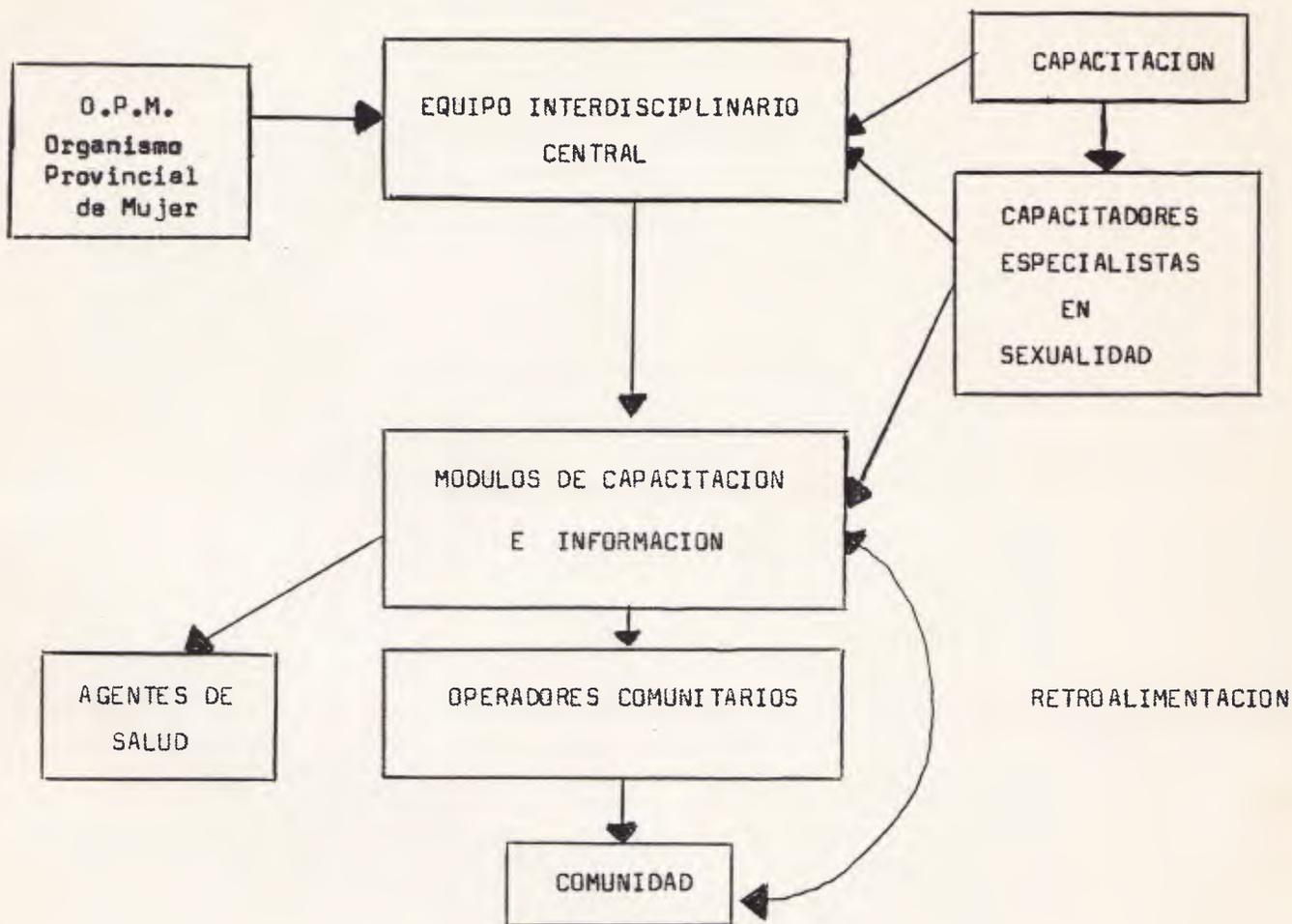
Los factores históricos, políticos, religiosos y culturales que inciden en la sexualidad son muy diversos. Las percepciones y definiciones de la salud en lo que a sexualidad y reproducción se refieren varían de una cultura a otra, de un país a otro. No existe una forma standarizada universal con relación a la sexualidad.

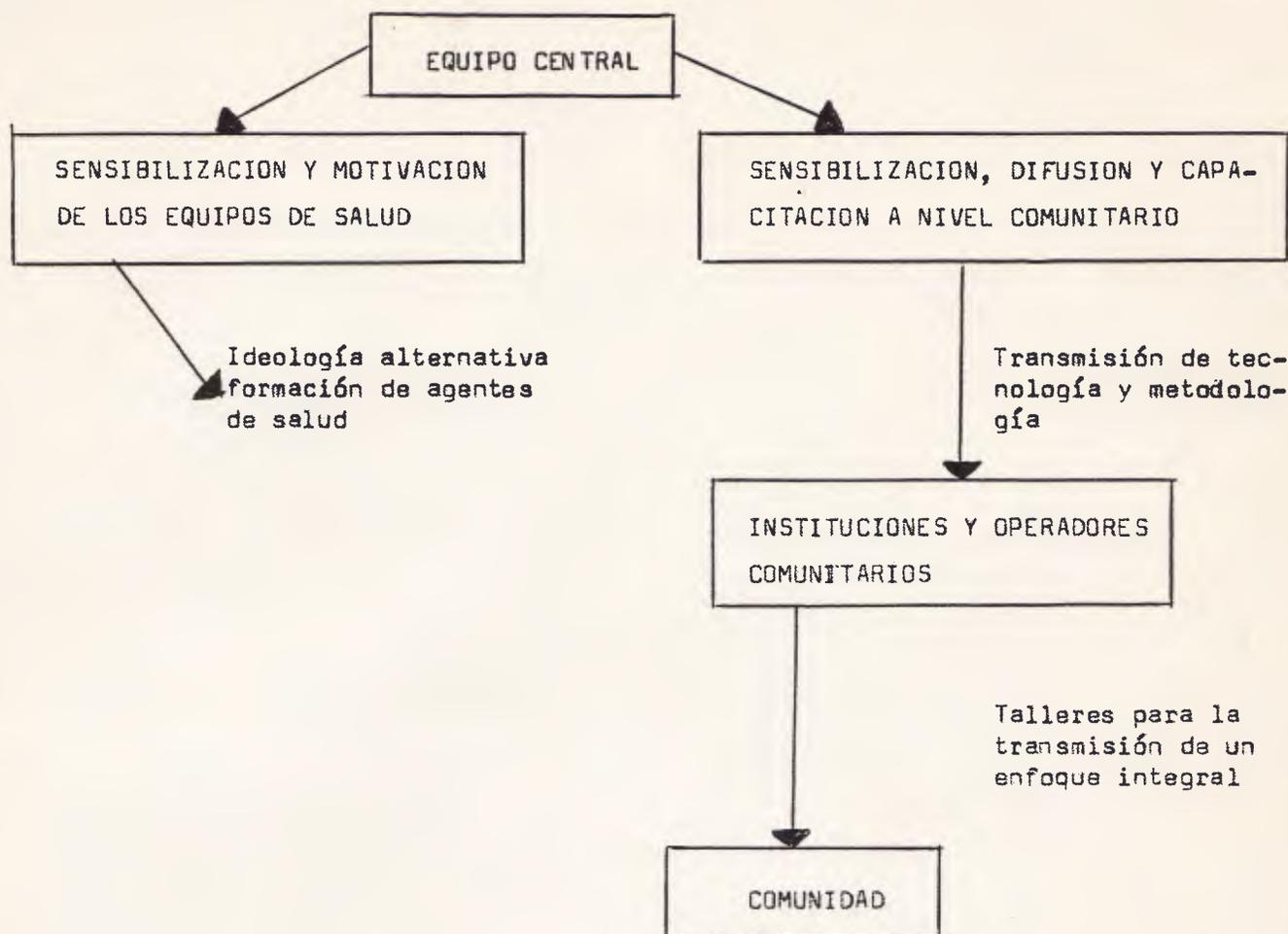
Por último, dejaremos planteadas algunas reflexiones en relación al tratamiento de la sexualidad:

- La sexualidad debe ser abordada en el marco del desarrollo global de la personalidad y a través de los canales habituales de socialización (familia, escuela, comunidad).
- El respeto a las diferencias de comportamiento sexual y concepciones éticas es una actitud básica para abordar este tema.
- Nuestro enfoque de la sexualidad consiste en la implementación de una tarea de prevención que permita mejorar la calidad de vida de las personas.

ASPECTOS OPERATIVOS

SERVICIO INTEGRADO DE INFORMACION SEXUAL





Para que pueda:

1. Asumir un enfoque más integral en el tema de la sexualidad.
2. Tomar decisiones responsables en la materia.
3. Diagnosticar y resolver por sí misma sus necesidades de información y orientación sexual y reproductiva.
4. Demandar ante las autoridades de salud para la creación de servicios de orientación sexual y reproductiva.
5. Demandar información a los profesionales de la salud en cuestiones de sexualidad

ASPECTOS OPERATIVOS1. ¿Qué entendemos por servicios integrados de información en el tema de la sexualidad?

Constituye un sistema de servicios descentralizados en materia de orientación sexual y reproductiva, cuyo funcionamiento se prevee a partir de la activa participación de la comunidad en la resolución de sus necesidades.

La descentralización de los servicios asegura la prestación de los mismos en las localizaciones geográficas cercanas a las comunidades donde se han detectado las necesidades, facilitándose de este modo el acceso de un mayor número de usuarios, en particular aquellos que por pertenecer a sectores críticos varían de otra manera imposibilitando la recepción de estos servicios.

Otro beneficio que se desprende de este tipo de servicios, consiste en que por la forma en que se presta, incorpora las pautas culturales propias de esa comunidad. De este modo, los programas responden en forma directa a las necesidades de la población.

2. Metodología de implementación

La implementación de este servicio responde a los lineamientos de la planificación participativa. Esta última puede conceptualizarse como un proceso metodológico que, diagnostica y transforma aspectos de la realidad social mediante mecanismos de participación y concientización de la comunidad para el mejoramiento de sus condiciones de vida, a través de proyectos formulados y ejecutados por los propios actores sociales y beneficiarios de los mismos.

NOTA: Para el desarrollo de este capítulo nos basamos en: Necesidades básicas: Fundamentos y Metodología de la Investigación Participativa. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF) Programa Sub regional de Necesidades Básicas (PROSNEB). Guatemala, 1982.

Guy Le Boterf: Investigación Participativa como proceso de educación, crítica, lineamientos metodológicos en Investigación Participativa y Praxis Rural

Etapas:A) Conformación de un equipo interdisciplinario a nivel central:

Para la implementación del proyecto, cada provincia deberá integrar un equipo interdisciplinario (asistentes sociales, sociólogos, psicólogos, etc., con la finalidad de formarlos en el tratamiento de la temática - de la sexualidad a nivel comunitario.

a.1. Actividades de capacitación: (temáticas a desarrollar)

- Marco teórico de la sexualidad: distintos enfoques.
- Técnicas de dinámica grupal (formación de animadores socioculturales).
- Nociones básicas sobre metodología de planificación participativa.

a.2. Recursos: (capacitadores del equipo)

- Profesionales especializados en el tema de la sexualidad. Ej.: médicos, sociólogos, psicólogos, etc.
- Animadores socioculturales.
- Profesionales capacitados en técnicas de planificación participativa.

B) Elaboración de los módulos de capacitación

Como resultado de las actividades de capacitación, el equipo interdisciplinario de la provincia, conjuntamente con los capacitadores, elaborarán módulos de capacitación y materiales de difusión (ej. cuadernillos).

Los mismos serán volcados en talleres para la formación de los operadores y serán elaborados teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

- que sea de fácil comprensión: lenguaje accesible (presentación de gráficos, cuadros, etc.)

- que contemple las particularidades culturales de cada comunidad, como así también la especificidad del tema mujer en el desarrollo del tema.

Las temáticas a desarrollar en los distintos módulos pueden ser las siguientes:

- . Evolución de la sexualidad en la niñez, en la adolescencia, en la adultez y en la vejez. Sus aspectos emocionales.
- . Anatofisiología de los aparatos genitales femeninos y masculinos, incluyendo lo socioemocional.
- . Embarazo, parto. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- . Roles femeninos y masculinos, su variación a lo largo de la historia y las culturas.
- . Anticoncepción, aspectos bio-psicosociales.
- . Enfermedades de transmisión sexual (venéreas, especialmente el SIDA)
- . Controles ginecológicos periódicos.

C) Montaje institucional y metodológico de la planificación participativa

En esta fase el equipo promotor de la planificación participativa (equipo central provincial), conjuntamente con las organizaciones representativas de la comunidad, (Centros de Salud, Escuela, Comisión Municipal de la Vivienda, etc.), realizarán las siguientes tareas:

- . Información y discusión del proyecto con la participación de la población y sus representantes.
- . Delimitación de la zona geográfica en la que se realizará la actividad.
- . Selección y capacitación de los operadores (personas con inserción dentro de la comunidad).

D. Formación de operadores a nivel comunitario

- ¿Qué entendemos por operadores?

Son personas representativas de la comunidad que han sido entrenadas en técnicas de abordaje comunitario, con la finalidad de que puedan actuar como agentes multiplicadores de prevención en su propio medio.

- ¿Cuáles son los criterios a utilizar para la selección de los futuros operadores?

- . Ponerse en contacto con las distintas instituciones y organizaciones comunitarias con la finalidad de detectar personas representativas de la comunidad (ej. Directora del Centro de Salud, de la Escuela, Padres de Hijos escolarizados, jóvenes del Club Deportivo, Grupos de Madres de la Salita, etc.)

Criterios a tener en cuenta para la selección de los futuros operadores:

- Personas con trayectoria de trabajo comunitario.
- Con sensibilidad y alto interés hacia los problemas de barrio.
- Con capacidad operativa para la resolución de las necesidades detectadas (poder de negociación a nivel local, provincial, etc.)
- Con reconocimiento dentro de la propia comunidad.

Se elegirán como futuros operadores a aquellas personas o grupos que por presentar alguna/as de las características señaladas, se los considera con las potencialidades necesarias para realizar una adecuada transmisión tanto de información como de tecnología a nivel comunitario.

- Cuáles serán las actividades de capacitación a realizar para la formación de operadores?

- . Formación de talleres de reflexión y capacitación en los que se definirán líneas teóricas y se transferirán los conocimientos y metodologías elaboradas en los módulos.

- ¿Cuál será la metodología a implementar en los talleres de capacitación?

Participarán en los talleres aquellas personas que fueron elegidas como futuros operadores.

Se aplicará una metodología de planificación participativa cuyo objetivo fundamental consistirá en la identificación de necesidades básicas en relación a la información y orientación sobre sexualidad, como así también se elaborarán estrategias de acción a seguir para la solución de los problemas presentados.

La dinámica de los talleres no consistirá solamente en brindar información (contenidos conceptuales), sino que además se intentará recuperar el conocimiento de los propios participantes, incorporando sus historias de vida, contenidos socio-culturales de cada comunidad en particular para el desarrollo del tema.

Durante el transcurso de los talleres se sistematizarán las distintas experiencias comunitarias con la finalidad de ir adecuando la oferta del servicio a las necesidades barriales.

En el caso de ser necesario y con la finalidad de lograr una mayor precisión en la información, los talleres pueden dividirse teniendo en cuenta las características socio-económicas y demográficas de la población (ej.: un taller para personas que ocupan cargos dentro de la comunidad, como directora de salita, de la escuela, etc., otro taller para jóvenes (tanto escolarizados como no escolarizados), otro para grupos de mujeres (padres de hijos escolarizados, agentes de salud de la salita, etc.)

Si bien se trata de una propuesta abierta a distintos grupos sociales y tendientes a la incorporación de varones y mujeres por igual, se promoverá la presentación de un espacio de reflexión exclusivamente femenino para evitar las posibles inhibiciones o restricciones en la comunicación de sus necesidades por parte de las mujeres.

En el caso del trabajo con adolescentes, se tendrá en cuenta la especificidad de este sector social, adecuando la transmisión de información y las modalidades de abordaje al tema teniendo en cuenta las necesidades y peculiares estilos de vida de este sujeto social.

Los módulos de capacitación elaborados por el equipo central servirán solamente como material de discusión, como elemento disparador que permitirá el inicio del debate, pero no se presentará como el único modelo en materia de sexualidad.

Etapas a cumplimentar durante los talleres

a) Estudio preliminar y provisional de la zona y de la población en estudio:

En esta etapa se realizará un estudio preliminar, debido a que el conocimiento de la realidad tiene que ser permanente a lo largo de todo el proceso de planificación participativa.

Durante esta etapa se recopilará la siguiente información:

- . Datos secundarios o primarios sobre el tema (Censos, estadísticas vitales, investigaciones, etc.)
- . El punto de vista de cada uno de los integrantes del taller con respecto al tema de la sexualidad (delimitando necesidades, intereses, percepciones de la problemática).

De la información recogida se realizará un diagnóstico de situación.

b) Retroalimentación de la primera fase:

Se organizará la difusión de los resultados obtenidos con la activa participación de los concurrentes a los talleres. Es particularmente importante la discusión alrededor de la confrontación entre los resultados del diagnóstico y el punto de vista de cada uno de los participantes.

Los objetivos de esta entrega y discusión de los resultados son los siguientes:

- Promover en los involucrados en este proceso un conocimiento más objetivo de la situación.
- Identificar conjuntamente con los participantes, los problemas que consideran prioritarios en materia de sexualidad con la finalidad de buscar alternativas de solución.
- Conocer cual es la reacción de la población ante los resultados del diagnóstico.
- En la priorización de los problemas, es muy importante introducir una reflexión sobre la diferencia entre un problema prioritario (es - decir, clave, que determinará los otros problemas o incidirá sobre ellos) y un problema inmediato (que puede ser urgente resolver a - corto plazo, pero que no constituye un factor decisivo para la comprensión y la solución de los otros problemas).

c) Análisis crítico de los problemas considerados como prioritarios:

La retroalimentación de la primera fase ha permitido identificar algunos problemas prioritarios por parte de la propia comunidad. Esta fase estará dedicada a un primer trabajo de análisis crítico de los problemas detectados. El propósito consiste en obtener un conocimiento más objetivo de los problemas y de la realidad. No solo han de - describirse los problemas, sino también han de explicarse buscando - alternativas posibles de acción.

d) Replanteamiento del problema:

Esta etapa comprende:

- La descripción del problema (identificación de los puntos de vista y de los distintos aspectos presentados, clasificación, comparación de las informaciones, identificación de las contradicciones, selección de otros problemas, etc.)

- . Explicitación del problema: determinación de sus causas, no solo inmediatas, sino también estructurales.
- . Estrategias posibles de acción.

e) Programación y ejecución de un plan de acción:

Contenido del plan de acción:

- . Actividades educativas que permitan analizar mejor los problemas y las situaciones vividas.
- . Medidas que pueden mejorar la situación a nivel local.
- . Acciones para promover las soluciones identificadas.

El producto de esta fase será el de planificar los proyectos, gestionar y aprobar recursos locales, gestionar recursos extra locales, (estatales y/o de otras instituciones), organizar y realizar acciones de educación/capacitación comunitaria en relación a los proyectos a realizar y finalmente, la parte culminante de esta fase, la ejecución de proyectos.

Esta planificación debe iniciarse en la propia comunidad, estableciendo en forma precisa, los objetivos de cada uno, las actividades, los recursos, la distribución y organización del trabajo con su respectivo cronograma.

Como producto de la participación de estos talleres, surgen los operadores.

. Recursos necesarios para la formación de operadores comunitarios:

Estará conformado por dos o tres personas pertenecientes al equipo técnico provincial (a nivel central), con la finalidad de cumplir las siguientes actividades:

- . Relevamiento y sistematización de la información a nivel comunitario.

- . Selección de los futuros operadores.
- . Coordinación de los talleres (para la formación de los futuros operadores.)

f.) Descentralización del equipo central:

Una vez formados los operadores, los organismos "mujer en la provincia" tendrán la función prioritaria de actuar como nexo entre las distintas instituciones comunitarias y/o personas de la comunidad.

La ejecución del proyecto quedará a partir de este momento en manos de la propia comunidad. Por ejemplo, puede ocurrir:

- . Que a partir de la participación en los talleres, la directora de la salita haya decidido implementar un programa de atención a mujeres embarazadas.
- . Que una docente del colegio se haya interesado en la implementación de charlas para padres sobre la temática educación sexual para adolescentes.
- . Que un grupo de mujeres quieran recibir capacitación para convertirse en agentes de salud de la comunidad.

En el primer ejemplo, las áreas de mujer de la provincia pueden brindar capacitación sobre embarazo, parto y puerperio, asimismo puede actuar como articuladora entre el Centro de Salud y las demás Instituciones comunitarias.

En el segundo caso, los organismos mujer de la provincia pueden servir de articuladores entre el Ministerio de Educación y la Escuela de la Comunidad.

Por último, pueden brindar capacitación a este grupo de mujeres sobre contenidos generales en materia de la sexualidad.

Es importante dejar aclarado nuevamente que no es necesario que cada provincia cumplimente todos los objetivos al mismo tiempo, por ejemplo:

e.1. En un primer momento, puede pedir un subsidio para la implementación de un programa a nivel central con el objetivo de crear un servicio de información sexual. Actividades a realizar: cursos, talleres, seminarios; Rol de las áreas mujer: asesorar.

e.2. En un segundo momento puede volver a pedir un subsidio para la formación de operadores a nivel comunitario. Una vez cumplimentada esta etapa, es posible y se consideraría exitosa, por ejemplo:

- . Si un grupo de padres presenta al organismo mujer de su provincia un proyecto para trabajar en el tema de la sexualidad, ej.: a través de cursos de capacitación sobre anticoncepción dirigido a los jóvenes escolarizados.
- . Que un grupo de vecinos de la comunidad demanden a la directora del centro la implementación de un servicio de orientación sexual y reproductiva.
- . Que un grupo de jóvenes presenten un proyecto para implementar actividades educativas de prevención a través del deporte, recreación, etc.

En este segundo momento, el rol de las áreas mujer de la provincia será el de articular y brindar asistencia técnica.

E) Sensibilización y concientización a los agentes de salud:

Los profesionales del equipo central podrán actuar también a nivel de los organismos de salud, con el objetivo de provocar cambios en relación a las concepciones médicas tradicionales en materia de sexualidad.

. Actividades a implementar

- Cursos, charlas.
- Talleres de capacitación.

. Talleres de capacitación:

Deberán estar presentes todo el equipo de salud (desde enfermeras hasta personal auxiliar.)

Técnicas a implementar: dramatizaciones (representaciones de la vida cotidiana, por ej. la relación médico-paciente).

El objetivo de los talleres consiste en brindar una óptica más totalizadora en relación a la sexualidad, después de debatir líneas teóricas y enfoques metodológicos. Como así también concientizar y sensibilizar a los agentes de salud acerca de la importancia de este tema, brindándoseles los contenidos específicos en relación al tema mujer (que sea reconocida como sujeto y no ligada solamente a sus necesidades reproductivas).

. Recursos:

Equipo técnico a nivel central:

Estará conformado por dos profesionales que recibieron la capacitación necesaria, con la finalidad de cumplimentar las siguientes actividades:

- Coordinación de talleres.
- Observación participante, con la respectiva sistematización de la información.

ROL DE LAS AREAS MUJER DE LAS PROVINCIAS

En la etapa inicial, las áreas mujer de la provincia tendrán la función de:

- . orientar
- . capacitar
- . difundir
- . sensibilizar

Mientras que en la etapa final, su rol principal será el de articular.

Es decir, el objetivo es tender a la descentralización del servicio a partir de la transmisión de información, metodologías de trabajo, tecnologías, etc., quedando finalmente al servicio en manos de las organizaciones de mujeres y/o instituciones comunitarias.

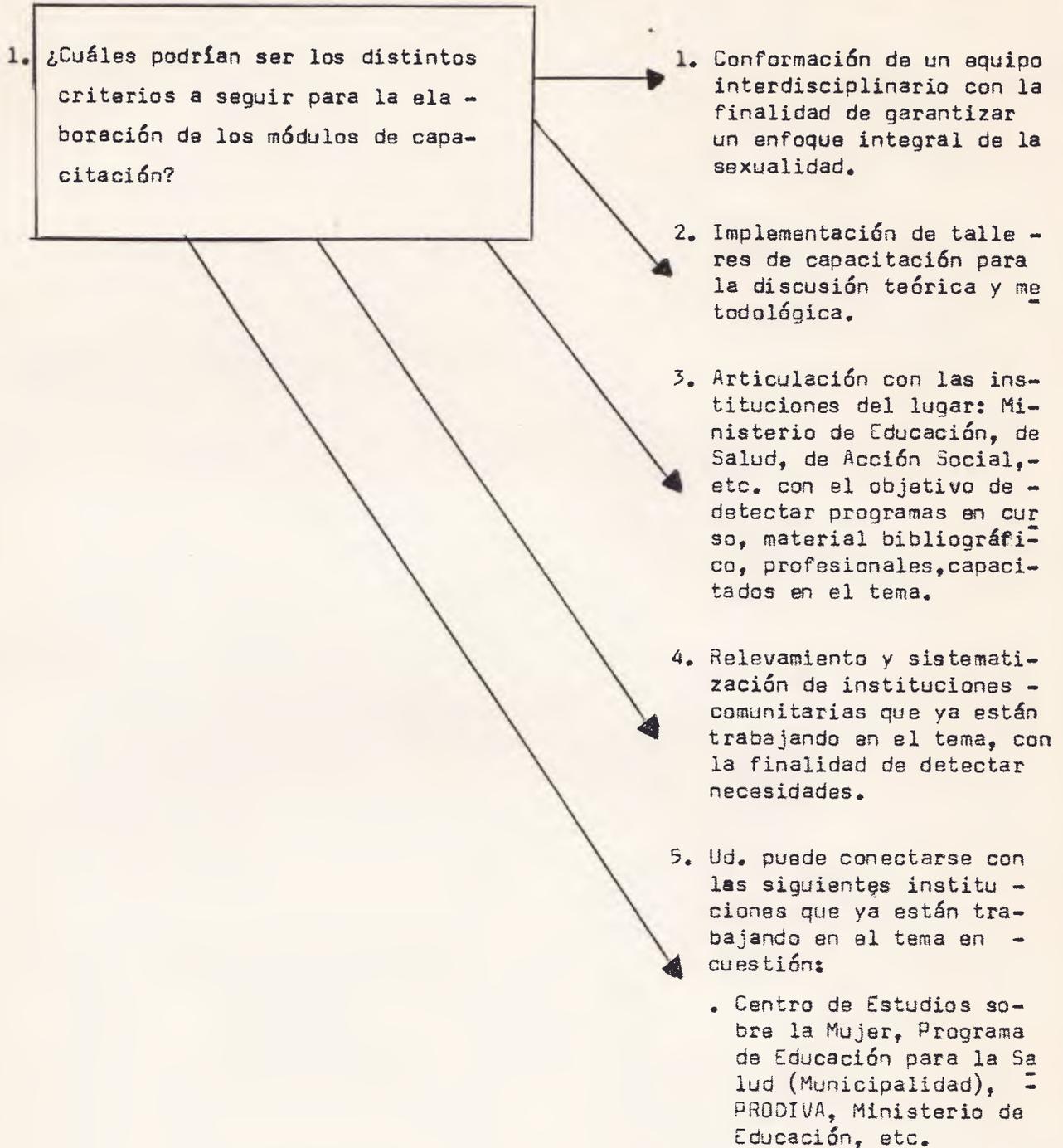
En este sentido, podemos decir que la Subsecretaría de la Provincia, u Organismo "Mujer de la Provincia", tendrán una doble acción a cumplir:

- . Nivel directo: al ser orientadora, comunicadora de la difusión del tema y además prestadora del servicio (ej.: a través de charlas, - cursos de capacitación en función de las demandas recibidas, etc.)

- . Nivel indirecto: ir creando agentes multiplicadores a través de la capacitación, con el objetivo de ir descentralizando el servicio.

ALGUNOS INTERROGANTES

POSIBLES ESTRATEGIAS



2. ¿Cómo poder elaborar los contenidos de los módulos de capacitación? ¿Qué temas se pueden incluir?

• Realizar un relevamiento de instituciones comunitarias, organizaciones de mujeres, con el objetivo de detectar necesidades y experiencias.

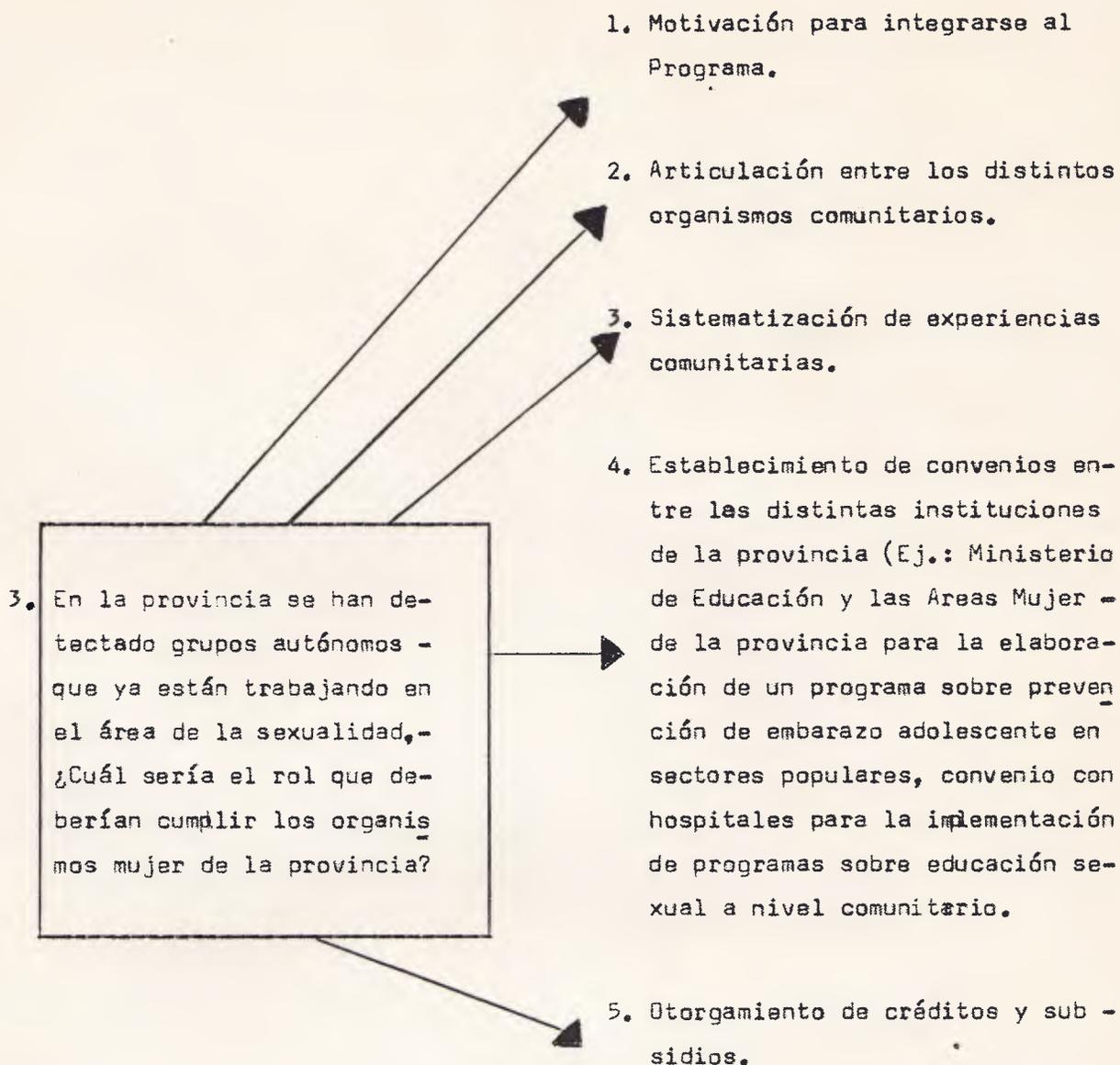
• Retroalimentación entre los contenidos de los materiales y las necesidades comunitarias.

• Implementación de talleres de reflexión con la participación de la comunidad, con el objetivo de sistematizar experiencias y necesidades.

• Formación de un equipo interdisciplinario para la elaboración de los materiales de difusión.

• Elaboración de material de difusión con la participación de los agentes comunitarios de distintas instituciones y DNG. °

• Sociedad de Fomento, Escuelas, Centros de Salud, Comisión Municipal de la Vivienda, etc.



ASPECTOS FORMALES

Si bien los mismos fueron tratados de modo exhaustivos en la guía para la elaboración de proyectos, creemos pertinente efectuar algunos comentarios específicos:

1. Identificación: dado que este punto requiere de una breve descripción de lo que desea realizar, consideramos que las definiciones y descripción de los servicios propuestos pueden ser orientativos al respecto.
2. Fundamentación: responde a la pregunta qué y se dirige a describir el problema que es causa u origen del proyecto, explicando en qué consiste y cuál es su magnitud si es que la misma puede estimarse o precisarse a través de información. Deberá intentarse situar el problema en el contexto socioeconómico y cultural del que forma parte.

A este respecto, creemos que tanto en la introducción como en el punto de antecedentes, hemos procurado incorporar elementos (prevención de la mortalidad materna, del aborto, necesidad de información adecuada en materia sexual, etc.) que pueden ser útiles a la hora de elaborar una fundamentación.

En este sentido, el acompañamiento de datos o estudios realizados a nivel provincial, resultan esclarecedores y muy pertinentes para justificar la propuesta. Asimismo, a lo largo del presente documento, hemos ido desarrollando una perspectiva de abordaje del tema cuyos elementos -enfoque integral de la sexualidad, incorporación de factores sociales y culturales en su análisis, respeto por las diferentes concepciones y comportamientos sexuales, mejoramiento de la calidad de vida,

derecho a la información- que creemos que deberían ser tenidos en cuenta cuando se trata de elaborar proyectos en la materia.

3. Objetivos:

dan cuenta del interrogante para qué? Consisten en una descripción sintética de lo que deseamos lograr con la aplicación del proyecto.

En este sentido, se dan posibles expectativas acerca de la realización de estos proyectos y que se vinculan tanto con logros a obtener para el área mujer provincial como por la propia comunidad en las diferentes etapas previstas. Las mismas giran en torno a la capacitación a nivel local de equipos y operadores, de la movilización de la propia comunidad para diagnosticar y resolver sus propias necesidades en la materia. Así como en la concientización y sensibilización de agentes de salud en relación a la transmisión de información y orientación sexual.

Estas ideas, deberán ser contrastadas con las expectativas surgidas del propio equipo provincial y de la propia comunidad, realizando ajustes en relación a las realidades provinciales y a las etapas a efectuar en cada una de ellas.

4. Resultados y Metas: Responde a las preguntas: qué cosas debemos obtener para considerar que hemos logrado nuestros objetivos y en qué tiempos, calidad y cantidades deseamos obtenerlos.

Debe tenerse en cuenta que deberán adecuarse a las posibilidades reales de ejecución del programa en cada provincia, así como a las diferentes etapas que se ejecuten.

5. Población: deberá distinguirse entre los distintos receptores del proyecto, en este caso, operadores comunitarios, agentes de salud y comunidad en general, ya que las actividades a ellos dirigidas deberán responder a sus características diferenciales.

6. Descripción de Actividades: al elaborar este punto, deberá tenerse en cuenta que se trata de las acciones necesarias para implementar el proyecto y no solo aquellas previstas para la prestación de los servicios programados.

En este caso, resulta de importancia señalar las destinadas a la capacitación de los agentes provinciales, la elaboración de los módulos y materiales de capacitación, las tareas de sensibilización y difusión que se realicen, etc.

Asimismo, deberán describirse ampliamente aquellos que se realicen en la comunidad, en especial la metodología.

7. Presupuesto: responde a la pregunta: con qué?

En este proyecto, tendrán mucho peso los fondos destinados a capacitación y elaboración de materiales didácticos y de difusión que deberán ser incluidos en forma explícita.