

*Cuadernos  
de  
CLASPO- Argentina*

**Las organizaciones de la sociedad civil  
en el campo de  
la salud sexual y reproductiva.  
Estudio de caso:  
el Centro de Promoción del Joven**

**NINA ZAMBERLIN**

**10**

**MARZO 2006**

Los *Cuadernos de Claspo-Argentina* tienen como objetivo difundir los resultados de las investigaciones que se han llevado a cabo en el marco del Grupo de Trabajo sobre Políticas Sociales y Desarrollo Comunitario Auto-sustentable en Perspectiva Comparada.

## Indice

<i>Sección I</i>	3
1. Introducción	3
2. La salud y los derechos sexuales y reproductivos	4
3. La salud reproductiva de los/las adolescentes	5
4. El contexto nacional en relación con los derechos sexuales y reproductivos	6
5. Las ONG en el campo de la salud sexual y reproductiva	8
<i>Sección II.– Caso: Centro de promoción del joven</i>	9
1. Localización geográfica	9
2. Origen del Centro de Promoción del Joven	10
3. Postura del municipio en relación a las políticas de salud reproductiva	14
4. Puesta en marcha	15
5. Participación de la comunidad	18
6. Participación de los varones jóvenes	22
7. La mirada del gobierno municipal	23
8. El legado del Centro del Joven	24
9. Sustentabilidad	26
Conclusiones	31
Bibliografía	34

© CLASPO-Argentina, Buenos Aires, 2006.

Grupo interinstitucional de trabajo entre el Instituto de Desarrollo Económico y Social, la Universidad Nacional de General Sarmiento y la Universidad de San Andrés, mediante un convenio con el Center for Latin American Social Policy (CLASPO), University of Texas at Austin. La edición de los *Cuadernos de CLASPO-Argentina* cuenta con el apoyo de la Fundación Ford.

Equipo Coordinador: Carlos Acuña (UdeSA), Elizabeth Jelin (IDES) y Gabriel Kessler (UNGS).

**Para la reproducción del material deberá citarse la fuente.**

# **Las organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud sexual y reproductiva. Estudio de caso: el Centro de Promoción del Joven**

**NINA ZAMBERLIN\***

## **SECCIÓN I**

### **1. Introducción**

El presente trabajo constituye un estudio de caso de un proyecto comunitario diseñado e implementado por una organización no gubernamental<sup>1</sup> en el campo de la salud sexual y reproductiva. Puntualmente se trata del proyecto “Apertura de un centro de prevención y asistencia en enfermedades de transmisión sexual y SIDA para adolescentes” mediante el cual se creó el Centro de Promoción del Joven en el barrio América Latina (localidad de Ingeniero Budge, Partido de Lomas de Zamora) que funcionó durante el período 1996-1999.

El objetivo del estudio se centró en la reconstrucción de la “historia natural” del proyecto, señalando los factores que funcionaron como facilitadores y obstaculizadores para su desarrollo, particularmente en lo referente a la participación comunitaria y la sustentabilidad.

La metodología incluyó la realización de entrevistas a informantes clave (integrantes del equipo ejecutor del proyecto) y la revisión de los informes trimestrales de actividades del período 1996-1999 elevados por el equipo ejecutor a la institución donante. Asimismo, se accedió a materiales desgrabados de entrevistas que realizadas en el año 1999 como parte de la evaluación final del proyecto<sup>2</sup> a funcionarios municipales y líderes barriales y de dos grupos focales con adolescentes usuarios/as del Centro.

\* Dirección electrónica: <ninaz@cedes.org>.

<sup>1</sup> El Centro de Promoción del Joven, objeto del estudio de caso, fue desarrollado por un equipo de profesionales (no conformado como ONG) financiado por una institución belga de cooperación. A partir del retiro del apoyo externo el equipo de trabajo se constituyó legalmente como la Asociación Civil Punto de Unión.

<sup>2</sup> Las entrevistas y grupos focales realizados en 1999 fueron coordinados por la autora del presente trabajo y Punto de Unión puso las desgrabaciones a disposición del presente estudio.

## **2. La salud y los derechos sexuales y reproductivos**

El concepto de salud sexual y reproductiva es producto de un largo proceso de transformación que evolucionó desde las políticas de control de población, centradas en la disminución de la fecundidad, hacia la conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos centrados en el bienestar individual de las personas. La IV Conferencia sobre Población y Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas realizada en El Cairo en 1994 marca el punto de inflexión a partir del cual se consolida un nuevo paradigma que define a la salud reproductiva como: *“... un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”*. *“El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos”* (Programa de Acción CIPD, párrafo 7.2.).

Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la facultad de las personas para tomar decisiones libres acerca de su capacidad reproductiva y su vida sexual. Esto supone decidir respecto a tener hijos o no tenerlos, al número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos, y disponer de la información y de los medios necesarios para hacerlo, y de las condiciones económicas, sociales y culturales que hagan posible decisiones libres y seguras. También supone el ejercicio de la sexualidad y la orientación sexual, libre de discriminación, coacción o violencia, así como el acceso a la información sobre el cuerpo y a la educación sexual.

La formulación de los derechos sexuales y reproductivos legitima el ejercicio de la sexualidad escindida de la reproducción, e intenta conectar el derecho de las mujeres a controlar su propio cuerpo con un proceso de empoderamiento individual y social.

Mediante la conceptualización de estos derechos se busca demandar no sólo la libertad de decidir sobre la fecundidad y el propio cuerpo sino también el acceso a los medios que posibiliten su cumplimiento. En este sentido Correa y Petchesky señalan que los derechos sexuales y reproductivos implican dos elementos claves: poder y recursos. Poder para tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, la salud y la sexualidad; y recursos para llevar adelante estas decisiones en condiciones seguras y efectivas. Así, los derechos reproductivos están vinculados con los derechos sociales o “condiciones habilitantes” que permitirían su pleno ejercicio y que implican factores materiales y de infraestructura, servicios de salud accesibles, humanos y con personal bien capacitado, al igual que factores culturales y políticos (como educación y empleo). “Los derechos implican no sólo libertades personales

(dominios donde los gobiernos deberían dejar a las personas solas) sino también *entitlements* sociales (dominios donde la acción pública afirmativa es requerida para asegurar el ejercicio de los derechos” (Correa y Petchesky, 1994: 107)

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995) fueron dos eventos de la última década que tuvieron una gran repercusión en el movimiento de mujeres en los ámbitos internacional y local. La participación de las organizaciones de mujeres fue fundamental para la inclusión en las plataformas de acción de diversos artículos orientados a mejorar la vida de las mujeres. Por otro lado, estas conferencias constituyen la piedra fundamental de la conceptualización de los derechos reproductivos dentro del marco más amplio de los derechos humanos.

### **3. La salud reproductiva de los/las adolescentes**

Tanto en la Conferencia de El Cairo como en Beijing la salud reproductiva de los/las adolescentes constituyó uno de los temas centrales. En el documento de la CIPD se reconoce que “hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo” y se propone que “la respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades en salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayuden a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad” (Párrafo 7.41 de la CIPD)

Por otro lado, el párrafo 7.45 establece que “...los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten...” y “... que esos servicios deberán salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y creencias religiosas...”.

Por último, el documento indica que “los programas para adolescentes tienen una eficacia máxima cuando consiguen su plena participación en la definición de sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y en la elaboración de programas que respondan a esas necesidades” (Párrafo 7.43 de la CIPD).

Los/las adolescentes atraviesan una etapa vital que requiere una atención diferenciada por parte de los servicios de salud, particularmente en materia de salud sexual y reproductiva. La accesibilidad, la privacidad, la confidencialidad y la actitud de los proveedores son factores

claves en la atención de adolescentes (FHI, 2000). Pocos países han prestado atención adecuada a las necesidades particulares de la población adolescente, ya sea por falta de recursos o para evitar la reacción de los sectores más conservadores de la sociedad (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

En Argentina tampoco existe un programa de salud específico para adolescentes, si bien el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable creado en el año 2002 los incluye en su población objetivo. En 1993, desde el Ministerio de Salud de la Nación se redactó el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente que engloba amplios lineamientos para la formulación de programas en las provincias. Tienen como propósito “promover y proteger la salud del adolescente a través de una creciente cobertura en calidad y cantidad de servicios” e incluye una sección dedicada a la salud reproductiva donde se expresa la necesidad de promover la sexualidad y la procreación responsable así como también la información, dado que es “un aspecto especialmente descuidado en la atención de adolescentes”. Bajo el paraguas de este Plan se crearon o legitimaron grupos, consultorios o servicios para adolescentes en algunas jurisdicciones, sin embargo, su alcance y difusión fueron muy limitados. Los funcionarios de diferentes gobiernos no promovieron, influenciados por intereses políticos y religiosos diversos, la formulación de programas de salud reproductiva, colocando a una población vulnerable en una situación de mayor riesgo (Gogna et al., 2001).

#### ***4. El contexto nacional en relación con los derechos sexuales y reproductivos***

Históricamente nuestro país se ha caracterizado, en contraste con otros países de la región, por la ausencia de políticas públicas dirigidas a proteger la salud sexual y reproductiva de su población, y en particular de las mujeres, tanto en períodos de democracia constitucional como bajo dictaduras militares. Recién en la última década comenzó a gestarse un lento proceso de transformación desde una postura netamente pronatalista y restrictiva por parte del Estado<sup>3</sup> a otra de mayor apertura e incipientes cambios institucionales a favor del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Estos cambios estuvieron en gran parte impulsados por las acciones del movimiento de mujeres y las ONG.

<sup>3</sup> En 1974, el gobierno de Isabel Perón sancionó el decreto 659, que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad y establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos, así como la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. En 1977, la dictadura militar dictó el decreto 3.938 que contenía los “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”, entre los que se incluía el de “eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad”. Estas normas fueron derogadas a fines de 1986, pero este cambio normativo no supuso la inmediata ni generalizada implementación de acciones positivas.

La sanción de la ley nacional 25.673 de salud sexual y procreación responsable, en octubre de 2002, formaliza la incorporación de la problemática de la salud sexual y reproductiva en la agenda del Estado como objeto de las políticas públicas y demuestra voluntad política para implementar acciones en este campo. No obstante, el contexto de fondo del debate y de las decisiones de política pública sigue siendo la lucha entre concepciones restrictivas, muy ligadas a la Iglesia Católica que plantean la anticoncepción como un tema de debate equivalente al aborto, y otras que sostienen la libre elección reproductiva como derecho humano básico y el compromiso indelegable del Estado de respetarlo y asegurar las condiciones para que la ciudadanía lo ejerza.

Los derechos sexuales y reproductivos, la anticoncepción y el aborto constituyen ámbitos donde la relación entre las jerarquías de la iglesia católica y el Estado ha sido históricamente estrecha. Como señala María A. Gutiérrez ese es el “punto de convergencia de una férrea alianza que reedita, una vez más, la composición de un bloque fundamentalista en contra de los derechos de las mujeres” (Gutiérrez, 1997, p.83).

En las conferencias internacionales de la década del 90 que mencionamos anteriormente, el gobierno nacional se alineó con el Vaticano, sosteniendo en ocasiones una postura aún más retrógrada que éste, como lo demuestran las palabras de la representante oficial en la Conferencia de Beijing quien se refirió a la misión de la mujer argentina asociada a una “imagen de mujer madre, de mujer esposa, de mujer que se une al varón para procrear” (*Clarín*, 1995 citado por Gutiérrez, 1997).

La estrecha relación entre la iglesia católica y el poder político se evidencia también en las dificultades y demoras que existieron toda vez que se presentó al congreso un proyecto de ley que hiciera referencia a la salud sexual y reproductiva. Obispos y demás autoridades eclesiológicas han sido sumamente expeditivos a la hora de presionar a los legisladores y advertir acerca de las “intenciones antinatalistas y la utilización de métodos abortivos de regulación de los nacimientos” que se ocultan detrás de los términos procreación responsable y salud reproductiva (*Página 12*, agosto 1996, citado por Gutiérrez, 1997). Por otro lado, la declaración del 25 de marzo como el “Día del niño por nacer” y hasta el nombramiento de un asesor por “el derecho de los que están por nacer” durante el gobierno de Menem representan claras concesiones del gobierno ante la iglesia.

Históricamente los temas más discutidos ante cualquier intento de formulación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva fueron la inclusión del dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo distribuido desde los efectores públicos; la objeción de conciencia de los profesionales y la oferta y suministro de información y métodos anticonceptivos a la población adolescente sin requerir el consentimiento o acompañamiento de un mayor. Este último representa un tema de debate actual al estar en discusión la ley de educación sexual.

A semejanza de otras cuestiones de la agenda social de Argentina, la problemática de la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos está profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y generacionales que trazan riesgos médico-sanitarios diferenciales y expresan la estructura de oportunidades que la sociedad y el Estado brindan a sus habitantes. En este sentido, el perfil epidemiológico en salud sexual y reproductiva de Argentina refleja marcadas diferencias sociales y regionales en la distribución de sus indicadores más importantes. Los niveles de fecundidad, embarazo adolescente y mortalidad materna muestran una distribución diferencial según nivel socioeconómico y jurisdicción, afectando de manera más pronunciada a las mujeres más jóvenes, las más pobres y con menor nivel de educación, y en especial a las que residen en zonas rurales.

## ***5. Las ONG en el campo de la salud sexual y reproductiva***

El movimiento feminista y las organizaciones de mujeres adquirieron gran presencia internacional en las últimas décadas, y su participación en las conferencias mundiales de El Cairo y Beijing fue decisiva en la definición de objetivos y estrategias en relación con la salud sexual y reproductiva. En América Latina se destaca el rol de las ONG de mujeres que promueven la atención de la salud de la mujer y que cuentan con una gran capacidad para gestionar recursos nacionales e internacionales. En general, estas ONG operan de manera autónoma o en colaboración con la estructura pública de servicios de salud (Langer y Nigenda, 2000).

Es importante señalar que dentro de los procesos de reforma del sector salud que se han iniciado en América Latina en los últimos años con el objeto de superar las limitaciones de los sistemas públicos de salud, las organizaciones de la sociedad civil son consideradas un actor fundamental para fortalecer el nivel primario y preventivo de atención, ampliar la cobertura —especialmente a los grupos más vulnerables y menos atendidos— y mejorar la calidad de la atención (Langer y Nigenda, 2000).

En Argentina, una amplia gama de organizaciones de la sociedad civil lleva adelante acciones en el campo de la salud sexual y reproductiva. Se distinguen fundamentalmente dos tipos de entidades: las organizaciones que brindan distintos tipos de servicios y las de “advocacy”. Las primeras se orientan a la comunidad en general o a los grupos más desfavorecidos y desarrollan actividades de promoción del cuidado de la salud, de apoyo a instituciones de salud, de contención de grupos afectados por diversas patologías (como por ejemplo grupos de apoyo a enfermos de cáncer de mama o de SIDA, o personas víctimas de violencia intrafamiliar) y, en menor medida, de atención primaria. Las actividades de las organizaciones definidas como de “advocacy”, tienen por objetivo ejercer influencia sobre las decisiones de las elites institucionales a favor de los derechos sexuales y reproductivos y en su mayoría han tenido origen en el campo de la defensa de los derechos humanos y del movimiento feminista.



Más recientemente algunas de estas organizaciones también han adoptado un rol en el monitoreo de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Entre las primeras, se reconoce una variedad organizativa desde grupos escasamente formalizados de profesionales o vecinos que apoyan tareas en dispensarios y centros de salud y que se basan en el trabajo voluntario, hasta cooperadoras que administran unidades hospitalarias de mayor envergadura que, constituidas como organizaciones sin fines de lucro, combinan trabajo voluntario y profesional rentado y participan de decisiones institucionales. Se suman a esta categoría organizaciones con distintos objetivos, que incorporan a su quehacer actividades de salud sexual y reproductiva en respuesta a demandas comunitarias como es el caso de sociedades de fomento, cooperadoras escolares o grupos de mujeres que llevan adelante proyectos específicos en el marco de actividades de desarrollo local.

A diferencia de otros países de la región, la incursión de las organizaciones de la sociedad civil en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva ha sido muy limitada. El nivel relativamente bajo de fecundidad y la condición económica y social favorable en términos comparativos, ubicaron históricamente a Argentina por fuera de las prioridades de las agencias de desarrollo que promovieron la temática. Sólo recientemente el país ha contado con el estímulo de la cooperación internacional, que en otros países alentó tempranamente el desarrollo de organizaciones en este campo (Mercer y Zamberlin, 2003).

## **SECCIÓN II.– CASO: CENTRO DE PROMOCIÓN DEL JOVEN**

### ***1. Localización geográfica***

El partido de Lomas de Zamora está situado 15 kilómetros al sur de la Capital Federal dentro del Gran Buenos Aires. Más del 25% de su superficie está ubicada por debajo de las cotas de inundaciones periódicas. La zona periférica, donde se situó el Centro del Joven, incluye áreas inundables, carentes de servicios y con insuficiente equipamiento educacional sanitario y medios de transporte y nuclea al 72% del total de los habitantes (640.000) de Lomas de Zamora. En los últimos años se registró un alto crecimiento de vivienda y población debido a la existencia de espacios abiertos en los que se ubicaron asentamientos caracterizados en su mayoría por viviendas precarias, sin servicios y sin la propiedad de la tierra.

El Centro de Promoción del Joven se estableció en la sede social de una organización local (Mutual América Latina) propiedad de los habitantes del barrio América Latina. El barrio ocupa 6 hectáreas, sus calles son de tierra y se encuentra rodeado por cauces de aguas contaminadas. Al momento en que se inició el proyecto vivían allí 280 familias (aproximadamente 1.150 personas).

La desocupación y la precariedad laboral son las características principales de la población adulta y joven. La media de la población no alcanza a cubrir los niveles de necesidades básicas. La población joven, interés del proyecto, se caracteriza por tener baja escolaridad y escasa inserción en el mercado de trabajo.

## **2. Origen del Centro de Promoción del Joven**

El Centro de Promoción del Joven se creó por iniciativa de un grupo de profesionales de la salud integrantes de una misión de la organización internacional, Médicos del Mundo, que en el año 1988 funda un centro de salud en el Barrio 10 de abril<sup>4</sup> en la localidad de Ingeniero Budge. Si bien el trabajo de este equipo estuvo focalizado principalmente en la atención pediátrica, a poco de instalarse el centro de salud la necesidad de trabajar sobre la prevención de embarazos no deseados se constituyó como un objetivo de trabajo. A raíz de ello se convocó a una psicóloga para dar charlas sobre planificación familiar y a una médica ginecóloga para atender consultas ginecológicas y administrar métodos anticonceptivos. En esa época ni el hospital público ni las unidades sanitarias ofrecían servicios de planificación familiar.

*“En el 92 ni se hablaba de planificación, en las unidades sanitarias la ginecología que se hacía era meramente Pap, colpo y nada más. No se entregaban pastillas, salvo algún médico que conseguía muestras de los laboratorios, pero no como programa, obviamente menos aún se colocaban DIU” (Médica del equipo).*

A partir de esta experiencia (1988-1994) dos integrantes del equipo de Médicos del Mundo se propusieron crear un centro de atención de salud reproductiva focalizado exclusivamente en la población joven. La idea surge de la identificación de la preferencia de las pacientes jóvenes por contar con un espacio de consulta separado de las adultas y atendido por profesionales que mostraran una sensibilidad especial hacia la problemática adolescente.

*“En el 10 de abril veíamos que había todo un tema con las chicas jóvenes que no querían venir porque en el consultorio se encontraban con mujeres mayores, la madre, la suegra o la vecina. Venían a verme a mí pero entraban por la puerta de atrás, esperaban que la mamá o la mujer conocida se fuera y entonces pasaban a ver a la ginecóloga. Y así empezó la idea de focalizar en jóvenes” (Psicóloga).*

Además de la iniciativa del grupo de profesionales otros factores contribuyeron para dar curso al proyecto. Uno de ellos fue el contacto con un líder barrial de América Latina que se interesó por el proyecto y ofreció un espacio físico comunitario donde montarlo. Esta persona,

<sup>4</sup> En 1994 la misión de Médicos del Mundo se retiró del Barrio 10 de abril cediendo a la municipalidad de Lomas de Zamora su centro de salud que pasó a formar parte de la red de salas de atención primaria del municipio.

el Sr. Valentín, había manifestado repetidas veces al equipo de salud de Médicos del Mundo la preocupación de su comunidad por los “problemas de la juventud”: el consumo de drogas, la alta incidencia de embarazos precoces, y la aparición de numerosos casos de SIDA, recalcando la necesidad de hacer algo para que “los chicos no estuvieran en la calle”.

En ese contexto se conformó un equipo de trabajo integrado por una psicóloga (ex Médicos del Mundo), una enfermera (ex Médicos del Mundo) y una socióloga<sup>5</sup> que elaboraron un proyecto para crear un consultorio de salud reproductiva para jóvenes.

El proyecto fue financiado por la organización belga *Servicio Laico de Cooperación al Desarrollo* (SLCD). El hecho de que una de las integrantes del equipo fuera ciudadana belga contribuyó significativamente en la búsqueda de financiamiento y en la negociación con la institución donante. Históricamente el SLCD ha centrado su trabajo en África, y hasta el momento de presentación de este proyecto no tenía antecedentes de haber llevado intervenciones en América latina; por lo tanto, Argentina no constituía un área de intervención prioritaria. Desde el punto de vista de los indicadores socio-económicos Argentina tampoco calificaba como país prioritario, pero el proyecto se planteó desde la perspectiva de los derechos humanos. Este fue el argumento que atrajo al donante.

Como condición para apoyar el proyecto el SLCD exigió la participación de una organización comunitaria y del gobierno local. De este último requería no sólo el compromiso sino el financiamiento de un porcentaje de la ejecución del proyecto. Este requisito significó la obligación del equipo técnico de “convencer” al municipio sobre los beneficios del proyecto.

La organización comunitaria seleccionada para integrar el proyecto fue la Asociación Mutual América Latina, creada en el año 1984 con el fin de regularizar la propiedad de las tierras ocupadas por los vecinos del lugar. La Mutual contaba con un salón de usos múltiples con un espacio adaptable para la instalación del consultorio médico y su presidente (Sr. Valentín) fue quien originalmente se había acercado al equipo de Médicos del Mundo planteando la preocupación de la comunidad por “hacer algo para los jóvenes”. El Sr. Valentín además de líder comunitario era puntero político y tenía relación con algunos funcionarios municipales, lo cual fue visto como un factor que podía propiciar el involucramiento del gobierno local en el proyecto.

El proyecto estuvo dirigido a varones y mujeres de 12 a 24 años. Los objetivos planteados inicialmente reflejaban un modelo de tendencia salubrista tradicional, de asistencia y prevención, con énfasis en el alcance de metas cuantitativas orientadas a la disminución de

<sup>5</sup> La socióloga que conforma el equipo que diseña el proyecto había trabajado durante 16 años en la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF) y había tomado contacto con los profesionales del centro de salud de Médicos del Mundo en el Barrio 10 de abril a raíz de las compras de métodos anticonceptivos que ellos efectuaban en la AAPF.

situaciones de riesgo tales como aborto, embarazos tempranos, SIDA y enfermedades de transmisión sexual. La perspectiva medicalizada/asistencialista desde la cual se concibió el proyecto se refleja también en su propio nombre: “Apertura de un Centro de Prevención y Asistencia en ETS y SIDA y procreación responsable para adolescentes”. El proyecto no fue diseñado desde la perspectiva integral de la salud sexual y reproductiva y se focalizó en la prevención del SIDA. Sin embargo, con el tiempo, a medida que se avanzó en el trabajo en terreno, y gracias a la permisividad del donante, el foco del proyecto fue cambiando y adquirió una perspectiva más integradora.

Otro objetivo contemplado en el diseño fue lograr que al cabo del tercer año de iniciado el proyecto, éste fuera considerado como un Centro Piloto Modelo por el gobierno municipal, de modo tal que esta experiencia pudiera ser replicada en otros sitios de la provincia.

La propuesta de trabajar específicamente con adolescentes interesó a la Secretaría de Salud municipal, uno de cuyos integrantes admitió que *“el tema de adolescencia es un tema sobre el que se habla mucho y se hace bastante poco”*. A su vez desde el hospital local, por cuestiones económicas y por falta de espacio físico, no se estaban realizando acciones focalizadas en adolescentes y a nivel provincial, como expresa el funcionario antes citado, el tema adolescencia no constituía una prioridad de política pública.

*“La realidad es que los programas de adolescencia están escritos pero, por lo menos en nuestro ámbito y en la Provincia de Buenos Aires, no funcionan o es muy relativo... Hay poca gente especializada en adolescencia, es caro y además los resultados son poco mensurables, como los resultados son poco mensurables no da réditos políticos, y por lo tanto no se hace nada. El problema es que básicamente cuando uno se junta con los sectores que tienen que ver desde lo público con el tratamiento del tema adolescencia es un mar de lágrimas porque casualmente se tienen que juntar salud, educación y justicia y nos juntamos y lloramos carencias todos”* (Funcionario de la Secretaría de Salud).

Las autoridades sanitarias también reconocían que los adolescentes constituyen una población particular, difícil de captar tanto desde los servicios de salud como desde la escuela. Por ello apreciaban el valor de un proyecto local, con características originales distintas a la oferta disponible en los efectores públicos, que representaba una alternativa para atraer a los/las adolescentes. Al mismo tiempo, encontraron positivo que se interviniera en un barrio de alto riesgo que el funcionario a cargo de la Dirección de Salud Materno Infantil de ese momento describió como *“una zona roja de VIH y drogadicción donde es alta la delincuencia juvenil”*.

Si bien la propuesta de trabajar con la población joven atrajo al municipio, en un principio existieron diferencias con el equipo ejecutor respecto del espacio físico donde se montaría el proyecto, ya que el municipio rechazaba la idea crear un espacio nuevo para tal fin. Desde el punto de vista de las autoridades municipales la existencia de un centro de salud (Unidad Sanitaria de Villa Lamadrid) y un hospital (Hospital Allende de Ingeniero Budge) a corta distancia

del sitio propuesto para crear el centro para jóvenes no justificaba la creación de un espacio nuevo. En su lugar se ofrecía abrir un horario de consulta exclusivo para jóvenes dentro de los efectores existentes. Esta alternativa no satisfizo a las impulsoras del proyecto, que insistieron hasta que finalmente se firmó un convenio tripartito de coparticipación entre el SLCD, el Municipio de Lomas de Zamora y la Asociación Mutual América Latina. Por medio de dicho convenio el SLCD se comprometió a financiar el proyecto durante un período de tres años luego del cual el Municipio y la Asociación Mutual se harían cargo de su gestión y ejecución.

Ni el municipio ni la comunidad participaron en ningún momento en el diseño del proyecto. Una vez presentado a la agencia financiadora el proyecto tardó un año para ser aprobado. Uno de los factores que demoraron su aprobación fue la falta de actas y balances actualizados por parte de la Mutual. Finalmente, reconociendo que la Mutual era la organización comunitaria más apropiada para integrar este proyecto, el SLCD la exceptuó de completar los requisitos legales para la firma del convenio.

La integración del municipio en el proyecto no se buscó por iniciativa del equipo sino que fue un requisito impuesto por el donante como garantía de que lo que se hiciera estuviese dentro de las normas legales locales. Para el equipo técnico este requisito representó un obstáculo burocrático que obligó a llevar a cabo arduas y prolongadas gestiones a fin de convencer al municipio de los beneficios del proyecto, no sólo para que conseguir su aprobación sino para que se comprometieran a destinar recursos en el plazo de tres años

*“Veníamos de un modelo de ONG independiente. En ese momento no pensamos en un modelo de gestión asociada que hoy es un requisito casi para cualquier proyecto de desarrollo. Hubiera sido bueno encontrar la manera de que el municipio se apropiara del proyecto y no solamente verlo como una fuente donde íbamos a buscar recursos. Una relación distinta con ellos tal vez habría significado alguna garantía de continuidad” (Socióloga).*

*“Lo que quería el SLCD era que no fuéramos a trabajar en salud fuera de las normas éticas que establece el Estado. Trabajar en salud no es lo mismo que enseñar a tejer, entonces yo entiendo por qué los europeos te piden eso. Pero ellos también tenían que entender que si nosotros estábamos acá era porque el Estado no se hace cargo” (Psicóloga).*

Contar con el apoyo del municipio resultó un facilitador para el trabajo del Centro, específicamente en lo que se refiere a los análisis de laboratorio (principalmente Pap). En el Centro se tomaban las muestras que eran enviadas al laboratorio del Hospital Allende y analizadas allí. Si no hubiese existido esta posibilidad, hubiese sido prácticamente imposible realizar estudios de laboratorio por el alto costo de los mismos.

A su vez, mediante un contacto personal de una de las integrantes del equipo del Centro se logra un convenio con el Centro Nacional de Referencia sobre SIDA de la Universidad de Buenos Aires por medio del cual todas las muestras de sangre para detección de VIH que

se tomaban en el Centro y las de toda la red asistencial del municipio se llevaban al laboratorio de la UBA para analizar.

“Esa fue una buena negociación. A la UBA le convenía porque obtenían datos de una zona de alta prevalencia de VIH en provincia y al hospital también le convenía porque se ahorra el gasto y los análisis se hacían en un laboratorio con tecnología de punta” (Psicóloga).

### **3. Postura del municipio en relación a las políticas de salud reproductiva**

Según los informantes, durante la década del '90, a diferencia de otras jurisdicciones de la provincia de Buenos Aires, en Lomas de Zamora la salud reproductiva no representaba una temática demasiado controvertida.

Previo a la presentación del proyecto del Centro del Joven, la Secretaría de Salud municipal había contactado a la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF) para comprar insumos anticonceptivos a bajo costo que eran distribuidos a través de sus efectores. También se había solicitado a la AAPF que colaborara en la formación de los médicos del municipio en temas de salud reproductiva mediante la realización de jornadas intensivas de capacitación. Estos antecedentes pueden ser interpretados como una expresión de voluntad del municipio de trabajar en salud reproductiva dentro de un contexto provincial en el que la temática generaba serias controversias o permanecía silenciada.

*«El gobernador era Duhalde y en la Secretaría de la mujer estaba la hermana de Duhalde que no quería saber nada de meter el tema de salud reproductiva en la provincia, pero nos dejaba trabajar. Nos dejaba porque estábamos perdidos en Budge, una zona de lo más marginal. Después de todo se daban cuenta que esto les servía para evitarse problemas de mujeres que llegaban a los servicios muriéndose después de hacerse un aborto en las peores condiciones»* (Psicóloga).

La propuesta de proveer métodos anticonceptivos a menores de edad tampoco generó cuestionamientos por parte de las autoridades municipales. Cabe recordar que justamente ese punto ha sido históricamente un tema de debate a la hora de la formulación de leyes y reglamentaciones provinciales y nacionales<sup>6</sup>. La Provincia de Buenos Aires fue una de las jurisdicciones más reticentes a incluir la anticoncepción en las políticas públicas, habiendo aprobado su ley de salud reproductiva recién en el año 2003, con posterioridad a la sanción de la ley nacional de octubre de 2002.

<sup>6</sup> Proyecto de ley nacional que obtuvo media sanción en 1995; ley 418 de la Ciudad de Buenos Aires, y ley nacional 25.673.

Previo a la sanción de la ley provincial, el único antecedente de política pública en salud reproductiva era una resolución ministerial de escaso alcance y el Programa de Sexualidad Responsable dirigido a los jóvenes lanzado en 1999 durante la gobernación de Duhalde. Este programa tuvo una duración de apenas unos pocos meses, ya que cuando asumió Carlos Ruckauf ese mismo año el programa se interrumpió abruptamente por orden expresa del gobernador (Mercer et. al, 2001).

A pesar del clima relativamente favorable dentro del municipio de Lomas de Zamora, el intendente tomó la decisión de no presentar el proyecto del Centro del Joven ante el Consejo Deliberante para evitar la reacción de los representantes de la Iglesia Católica y directamente instruyó al secretario de salud para que diera curso al proyecto.

#### **4. Puesta en marcha**

El proyecto se inicia en julio de 1996<sup>7</sup>. En la Mutual se acondicionó el espacio físico para crear un consultorio ginecológico (según las normas de la secretaría de salud del municipio: paredes azulejadas, baño dentro del consultorio, etc.), un espacio para consultoría y otro para recepción. El consultorio estaba equipado con camilla, colposcopio, y esterilizadora.

El Centro abría sus puertas dos tardes por semana. El equipo estaba integrado por una enfermera, una médica ginecóloga, una socióloga (coordinadora del proyecto), una trabajadora social y un médico infectólogo. En el inicio el equipo completo estuvo pagado por el SLCD y se preveía que la municipalidad fuera dando nombramientos para esos cargos en forma gradual hasta hacerse cargo de la totalidad del equipo hacia el final del tercer año.

Durante los primeros meses el acercamiento de la comunidad fue lento y la demanda escasa. Por sus características peculiares –la focalización en jóvenes y la especificidad de la atención ofrecida– el Centro representaba un modelo desconocido hasta el momento en la comunidad que no entendía por qué no se podía diversificar la atención e incluir pediatría, clínica médica, odontología y otros servicios que conforman la imagen tradicional de un centro de atención primaria.

La difusión del Centro del Joven se realizó mediante la elaboración y distribución de volantes y folletos en escuelas de la zona, charlas, encuentros, contactos interinstitucionales y en la comunidad (vía pública, feria).

*“Funcionó muy bien el boca a boca. Venía mucha gente del barrio. También había dos centros de salud cercanos que nos derivaban a todas las pacientes adolescentes. Se hizo un buen trabajo tanto desde crear la demanda como de poder atenderla” (Antropóloga).*

<sup>7</sup> Durante los primeros tres meses el equipo realizó un relevamiento para construir un diagnóstico local. La inauguración del Centro se llevó a cabo el 1 de octubre de 1996 con la asistencia de aproximadamente 100 vecinos del barrio.

*“Yo vine porque a mi hermano más chico en la escuela le habían dado un papelito que decía sobre las clases de computación y él vino con un amigo y después nos contó a mi hermana y a mí”* (Grupo focal de adolescentes participantes).

*“Yo vine porque una chica estaba repartiendo papelitos en la feria boliviana y ella me saludó y me dio el papelito y me contó de qué se trataba”* (Grupo focal de adolescentes participantes).

*“Acá hasta venían chicas de la Capital, algunas con uniformes de colegios privados que te decían que se habían enterado por alguna amiga y se rateaban del colegio para venirse a atender”* (Grupo focal de adolescentes participantes).

Otra metodología utilizada para la difusión del Centro fue la realización de talleres y consultoría en la escuela Media N° 9 de Ingeniero Budge, a fin de establecer en el medio escolar un Centro de Orientación y Derivación en anticoncepción, ETS y SIDA que atendiera la demanda espontánea de los alumnos. Los talleres se daban a los alumnos de 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año y paralelamente –fuera del horario escolar– se ofrecía un espacio de consultoría individual dentro de la misma escuela en un día y horario determinado donde los alumnos que quisieran podían conversar con profesionales del equipo del Centro del joven (usualmente la socióloga, la antropóloga o el médico infectólogo). Esta metodología facilitó un espacio personalizado e íntimo que permitió el acercamiento a usos, costumbres y mitos populares relativos principalmente a la anticoncepción y al SIDA.

*“Las consultorías funcionaron muy bien. Los chicos venían de a uno o a veces de a dos a hacernos preguntas. En ese espacio sentían que podían hacer más preguntas que en los talleres donde se sentían un poco inhibidos o les daba vergüenza, hacían chistes, se reían de todo”* (Antropóloga).

Los servicios preventivo-asistenciales disponibles en el Centro inicialmente incluyeron:

- Prestaciones médicas (ginecología, planificación familiar, infectología, control del embarazo);
- Provisión de métodos anticonceptivos (orales, preservativos y DIU);
- Procedimientos diagnósticos (pap, colposcopia, análisis de flujo);
- Estudios bioquímicos (análisis de detección de VIH);
- Entrevistas psicológicas, de orientación, contención y seguimiento;
- Consultorías y charlas de información y orientación individuales y grupales sobre anticoncepción y prevención de ETS/Sida.

El rol de la psicóloga resultó sumamente importante tanto para el equipo como para la población usuaria. La posibilidad de acceder a atención psicológica fue valorada y muy demandada por las jóvenes de la comunidad que difícilmente encuentran espacios de contención y de escucha en otros ámbitos.



*“Yo con María Inés (psicóloga) me siento re-bien, sé que con ella puedo hablar con libertad porque está todo bien. Yo con ella tengo mucha confianza, llegué a contarle cosas de las que jamás había hablado con nadie. Yo muchas veces estuve mal, muchas veces vine triste, muchas veces tuve ganas de morirme y pasé malos momentos y acá me dieron contención, me dieron palabras, me dieron fuerza, me escucharon, me abrazaron cuando tuve que llorar” (Grupo focal de adolescentes participantes).*

*“Yo tuve muchos problemas y me hizo muy bien ver a la psicóloga porque yo estaba muy deprimida, me había separado y ella me ayudó muchísimo. Cualquier problema que tengo lo consulto con ella, cosas que a veces no hablás con tu mamá o con tus hermanas. Ella te ayuda mucho (Grupo focal de adolescentes participantes).*

*“Yo no quería que me revise el médico y la psicóloga me dijo que ella iba a estar al lado mío todo el tiempo mientras me revisaban” (Grupo focal de adolescentes participantes).*

A su vez el rol de la psicóloga era fundamental en la entrega de resultados de *test* de embarazo y de serología para VIH como así también para la detección y el abordaje de casos de violencia doméstica y abuso sexual.

El trabajo conjunto de un equipo interdisciplinario constituyó una diferencia notoria entre el modelo que se implementó en el centro y la oferta de los centros de salud municipales donde a pesar de existir personal médico, paramédico, psicólogos y trabajadores sociales se dificulta la articulación entre ellos. Finalmente, el tiempo de duración de la consulta es otro aspecto que diferenció positivamente al Centro del Joven.

*“Yo a la Unidad Sanitario voy, atiendo y me voy. La dinámica es diferente, porque vos llegás y tenés pacientes, veinte con turno y cinco que cada vez que abrís la puerta te están diciendo: ‘¿me va a atender? entonces no podés estar charlando con la paciente y preguntarle ¿Qué te pasa? Cuando trabajaba en el Centro del Joven tenía mucho tiempo por paciente, entonces no era esta cuestión solamente de sacate la bombacha, pongo espejo, miro, etc., sino también poder charlar con la paciente o darme el lujo de entregar un resultado junto con la psicóloga. En la Unidad Sanitaria, ya de por sí, tengo horarios diferentes con el psicólogo, ni lo veo y la mayoría de los pacientes entra y sale, y hay veces que decís: ‘Esta paciente necesita algo más’ y charlás un poco, pero tampoco le podés dedicar todo tiempo que necesita” (Médica)*

La posibilidad de tener un lugar donde además de la consulta médica se podía acceder a una variedad de actividades recreativas y de capacitación, y sobre todo la disponibilidad de un espacio donde ser escuchados hizo que algunos jóvenes adoptaran el Centro como un lugar donde pasar su tiempo ocioso.

*“Para mí esto es como mi otra casa. Yo no puedo dejar de venir acá, no vengo a hacer nada, vengo a saludar nomás pero no puedo dejar de venir” (Grupo focal de adolescentes participantes).*

*“Para mí es un lugar de descanso, un lugar para pasar un rato libre, una hora libre. Yo ando*

*siempre de acá para allá y si voy a la casa de mi familia o de algún pariente tengo que estar haciendo algo y acá si no quiero no hago nada”* (Grupo focal de adolescentes participantes).

*“Uno sabe que acá siempre vas a encontrar a alguien para hablar, si querés preguntar algo o si tenés una duda”* (Grupo focal de adolescentes participantes).

*“... donde hay un psicólogo o donde hay un grupo de gente que les da bola más allá de su salud física, la gente se prende... donde hay un lugar de construcción, donde hay alguien que te escucha por más que no sea psicólogo, pero que te ponga la oreja, la gente se prende. Había mucha gente que se juntaba, que pasaba para ver quién estaba. Eso tiene que ver con que la gente lo sienta propio, que sea libre de venir y pasar, sin tener un motivo de consulta, que no es lo que hace con el psicólogo del centro de salud que para verlo tenés que tener cita y la consulta es de 10 minutos”* (Médica del equipo).

## **5. Participación de la comunidad**

La creación de un espacio exclusivo para jóvenes fue muy bien recibido por la comunidad<sup>8</sup>. Los mayores lo veían como un medio para “que los chicos no estén todo el tiempo en la calle”. Las jóvenes, especialmente las usuarias del consultorio, valoraban la posibilidad de contar con un espacio donde sabían que no iban a encontrarse con familiares o adultos conocidos que podían censurarlas o reprimirlas al constatar su concurrencia a un centro de entrega de métodos anticonceptivos lo cual las evidenciaba como sexualmente activas.

En este sentido, la amplia gama de actividades ofrecidas en el Centro servía para “disfrazar” la consulta ginecológica o la adquisición de métodos anticonceptivos. También por su condición de menores de edad, el hospital las intimidaba ya que en algunas situaciones se les pedía que concurrieran acompañadas por sus padres para ser atendidas.

*“Además no tenés que venir con tu mamá ni con ningún mayor. Hay chicas que la mamá no sabe que ellas vienen acá. En el hospital a veces están las mujeres grandes y las chicas piensan ¡Uy! Me vio la señora de tal y le va a contar a mi mamá... Acá lo bueno es que como hay otras actividades entonces las chicas zafan porque dicen que vinieron al taller de manualidades o que vinieron a hablar con la psicóloga y entonces las mamás capaz que ni sospechan que vienen a ver a la ginecóloga para cuidarse”* (Grupo focal de adolescentes participantes).

*“Algunas chicas que yo conozco del barrio cuando veían que yo trabajaba acá me decían ‘no le cuentes a mi mamá que vine a la ginecóloga’”* (Grupo focal de adolescentes participantes).

<sup>8</sup> En todo momento se hizo un esfuerzo por respetar la focalización en adolescentes (12 a 24 años). Cuando una mujer que excedía el límite de edad estipulado se acercaba para sacar un turno se la derivaba al centro de salud de Villa Lamadrid o al 10 de Abril (donde atendía la misma ginecóloga que en el Centro del Joven).

Los/las jóvenes también destacan la calidad de la atención recibida en el Centro del Joven, señalando grandes diferencias con la atención del hospital público. Estas diferencias se centran mayoritariamente en el trato personal, en la facilidad para obtener turnos, en la conveniencia de los horarios de atención, en los tiempos de espera, y en los tiempos de devolución de análisis de laboratorio, entre otros.

*“Hay muchas chicas que no quieren ir a los hospitales porque en los hospitales tenés que ir muy temprano para sacar turno. Además hay chicas muy jovencitas que están embarazadas y que no quieren que las vean, no quieren que los demás se enteren. En cambio acá pueden venir a las dos de la tarde si quieren y encuentran una médica amiga que les enseña, que les habla, que les explica y en los hospitales no hacen eso, no tienen tiempo”* (Manzanera del barrio).

*“Vos acá venís tranquila en el horario que vos puedas. Venís, te anotás y después volvés. Y si tardás un poquito no te dicen nada. Si tenés que estar a las dos y media y no llegás igual te atienden acá”* (Grupo focal adolescentes participantes).

*“En otro lado vos vas a pedir un HIV y es como que todos te miran y acá no, acá todo el mundo se lo hace y es normal”* (Grupo focal adolescentes participantes).

*“No te tratan como en el hospital que te llaman por un número, acá te llaman por el nombre. No es como en los hospitales que sos un número para ellos, acá sos una persona y eso vale mucho”* (Grupo focal adolescentes participantes).

*“En el hospital están los de vigilancia que no te dejan pasar, o alguna enfermera que te preguntan a dónde vas. En cambio acá vos entrás y salís a la hora que querés y no molestás a nadie”* (Grupo focal adolescentes participantes).

*“Yo vivo cerca del hospital pero me vengo caminando hasta acá porque en el hospital tenés que ir a las cuatro de la mañana a sacar turno para ginecología”* (Grupo focal adolescentes participantes).

La gratuidad de los servicios y el no tener que trasladarse a otro barrio para recibir atención también eran aspectos valorados.

*“Acá lo bueno es que no te cobran, es todo gratis. Una persona que va al hospital por ahí le cobran las pastillas o si te las dan gratis igual tenés que pagar el boleto de colectivo que son 65 centavos pero uno a veces no tiene ni para el pan . La posibilidad de tener un centro cerca y que una se pueda cuidar significa mucho en nuestro barrio”* (Grupo focal adolescentes participantes).

El diseño original del proyecto estuvo centrado casi exclusivamente en la asistencia médica y la entrega de información, pero con el correr del tiempo, si bien ese foco se mantuvo, se agregaron una serie de actividades paralelas principalmente recreativas y de capacitación con el fin de fomentar la participación de los jóvenes: computación, inglés, francés, dibujo,

cerámica, manualidades, taller de papel reciclado, gimnasia, *tae-kwon-do*, teatro y una feria americana. La oferta de estas actividades no fue simultánea y estuvo determinada por la disponibilidad de voluntarias, en su mayoría mujeres extranjeras (francesas y belgas) residentes en Argentina. La diversificación de las actividades se pensó como un “gancho” para atraer jóvenes al Centro y al consultorio.

Un promedio de 250 jóvenes utilizaba mensualmente los diferentes servicios y actividades ofrecidas en el Centro.

*“... la evolución fue cuando se acondicionó y se llenó de gente, se llenó de actividades, de gente que quería hacer esto, dar un curso para aprender un idioma, cuando los jóvenes querían estar sentados frente a las computadoras, eso para mi fue el cambio en el sentido que tomó la dimensión de un centro del joven, en la cual el espacio de salud reproductiva y sexual funcionaba y estaba siempre disponible pero no era la mayor parte de la actividad. Nosotras podíamos estar dando un taller de gimnasia o de creación teatral y al mismo tiempo si había una demanda, podíamos cambiar de eje y decir ‘Bueno, si, te podés cuidar así’ o dar las indicaciones sobre la pastilla... Todo el tiempo veíamos cómo integrar a los jóvenes a las actividades del Centro y de paso que escucharan algo sobre salud reproductiva»* (Enfermera y coordinadora general del Centro).

Dentro del marco de estas actividades se abrió una convocatoria a becas para jóvenes varones y mujeres que tuvieran aprobada la escuela primaria y que desearan continuar sus estudios en el nivel medio o terciario. Se ponía como condición que hubieran participado en alguna de las actividades ofrecidas en el Centro y que durante la duración de la beca colaboraran en acciones de promoción establecidas oportunamente. Los becarios recibían un aporte de \$50 mensuales donados por un grupo de “mujeres benévolas francesas” que organizaron un evento de recaudación de fondos. Un total de seis chicas participaron de este programa. Dos de ellas se encuentran actualmente cursando estudios terciarios.

Una de las estrategias para lograr la apropiación del Centro por parte de los jóvenes consistió en entrenar e incorporar promotores jóvenes que colaboraran tanto en la difusión del Centro como en la recepción de los usuarios y en la asistencia en determinadas tareas de funcionamiento del consultorio (registros, stock, preparación del instrumental, peso y talla de pacientes). Se pretendía que en todo momento que fuera posible quienes demandaban los servicios del Centro fueran atendidos por sus pares como una forma de “desmedicalizar” la atención y generar un ambiente de confianza.

Una de las jóvenes que se desempeñó como auxiliar relató su experiencia de la siguiente forma:

*“Yo vine un martes a atenderme con la ginecóloga y tenía que volver el jueves. Cuando vine ese jueves me propusieron trabajar en una feria americana que se hacía acá en el Centro y ese mismo día empezamos con otra chica más. Después a las dos semanas nos ofrecieron trabajar*

*como auxiliares de enfermera y nos explicaron cómo se hace el trabajo. Nos turnábamos con la otra chica y así estuvimos como ocho meses trabajando. Fue una experiencia muy linda para nosotras porque hicimos cosas que antes nunca habíamos hecho. Viste que se hacen test de embarazo, bueno una vez vino una chica de 12 años a hacerse un test de embarazo y la médica me pidió que se lo hiciera yo y a mi me causó un dolor cuando ví que le dio positivo. Había venido con guardapolvo y tenía una carita de nena, había venido con una hermanita más chiquita que ella, las dos solas y la otra la codeaba y se reían entre ellas, eran dos nenitas. Yo me quería morir. Después había chicas más grandes como una que vino un día que vino con un nene y se hizo el test y cuando la llamo me dice 'No, no quiero saber, seguro que estoy re-embarazada ¿no?' 'Sí, le digo yo' y a la semana vino a buscar las pastillas anticonceptivas y yo le digo '¿pero si vos estabas embarazada?' y ella me dice 'No, ya fue, yo otro hijo no tengo ni a palos'. Como había de esas, había de las nenitas, las que lloraban, las que se querían morir, las que se ponían contentas, las que venían con su pareja. Yo acá vi de todo" (Grupo focal adolescentes participantes).*

También, a través de una convocatoria del Ministerio de Trabajo y Acción Social (Gerencia de Empleo y Capacitación Laboral) que subvencionaba recursos humanos para programas comunitarios se integraron 11 jóvenes (9 mujeres y 2 varones) al programa de difusión y capacitación de promotores barriales del Centro. La selección de los pasantes se realizó sobre jóvenes que concurrían al Centro que demostraban ciertas habilidades potenciales para la transmisión de mensajes. Los objetivos planteados para esta propuesta fueron: a) permitir a los beneficiarios incorporar hábitos de trabajo; b) ampliar el área de influencia del Centro de Promoción del Joven por medio de una campaña de difusión.

Mediante esta capacitación se diseñaron y se elaboraron los mensajes de un tríptico y un volante de difusión. Los/las pasantes se desempeñaron en terreno como derivadores y orientadores al Centro con su presencia sistemática en puntos estratégicos de la zona. Se organizó esta campaña en 3 grupos, afectados cada uno de ellos a sitios convocantes. Por medio de mesas y en grupos rotativos de 3 personas tuvieron presencia en escuelas, ferias zonales, canchas, esquinas, paradas de colectivos, etc.

Otro esfuerzo para lograr la participación activa de los jóvenes fue la conformación de una comisión de jóvenes que se constituyeron como una ONG bajo el nombre de "Red Motiva". El propósito de formar una ONG era "posibilitar la representatividad juvenil en organismos privados, públicos, y en la comunidad en general". Se esperaba que esa representatividad les "permitiera apropiarse de un espacio facilitante para la implementación de iniciativas y emprendimientos de interés particular" y que los jóvenes se pudieran presentar a convocatorias de proyectos que ofrecieran subsidios. Esta iniciativa no surgió de los propios jóvenes sino que fue una sugerencia del equipo técnico que seleccionó, con la ayuda de Valentín, el grupo de jóvenes que formarían la ONG, los asesoró y los ayudó a realizar los trámites necesarios para obtener la personería jurídica.

*“Viéndola a la distancia Red Motiva fue más una imposición que una iniciativa de ellos. Se les vendió la ‘ventaja de’. Los chicos nunca se apropiaron de ese espacio. Es muy difícil la cuestión de querer que el otro se apropie, hasta puede resultar forzado” (Socióloga).*

El equipo ejecutor del Centro puso mucho esfuerzo en la gestación de Red Motiva con la esperanza de que sirviera como un espacio de integración y participación. La ONG llegó a tener 96 socios de entre 14 y 25 años de edad, once de los cuales conformaban la comisión directiva.

Una vez constituida como ONG Red Motiva se presentó a una convocatoria del Programa Nacional de Fortalecimiento Juvenil del Ministerio de Trabajo y obtuvo un subsidio para editar una revista juvenil. La publicación –a la que los jóvenes eligieron llamar “El Discreto”– reunía inquietudes, entrevistas, ilustraciones y creaciones de los jóvenes concurrentes al Centro. Tenía una tirada de 500 ejemplares que se distribuían en escuelas zonales, en charlas, en encuentros y en la comunidad. La compilación, producción y diseño fue responsabilidad de un *staff* fijo de 3 jóvenes con la colaboración alternativa de otros ocho.

El Discreto fue el único proyecto que realizó Red Motiva, acompañado muy de cerca por el equipo ejecutor del Centro. Una vez que concluyó ese proyecto hubo otra presentación para crear un grupo de rock que incluyera en sus presentaciones temas musicales que hicieran referencia a la prevención del SIDA. Este proyecto fue presentado al Programa LUSIDA pero finalmente no obtuvo financiamiento. Luego no hubo ninguna otra presentación y Red Motiva se desintegró cuando el Centro del Joven dejó de existir.

## **6. Participación de los varones jóvenes**

La convocatoria de los varones fue muy difícil y tuvo escaso alcance. La forma de llegar a ellos fue principalmente a través de sus parejas mujeres que se atendían en el Centro a quienes se les insistía para que trajeran a sus novios a la consulta.

A pesar de haber sido un proyecto focalizado en la prevención del SIDA (por lo menos en la letra escrita) no se pensaron estrategias específicas para llegar a los varones más allá de la incorporación de un promotor varón. Por la escasa demanda que recibía el médico infectólogo se terminó prescindiendo de sus servicios en el curso del segundo año.

La entrega gratuita de preservativos se hizo únicamente dentro del Centro donde había una canasta de la cual los jóvenes podían tomar los que quisieran pero en ningún momento se realizó otro tipo de distribución de preservativos como en partidos de fútbol o lugares donde se concentraran varones.

*“No hemos logrado acercarnos a los jóvenes varones. Los pocos que vinieron les gustó pero no volvieron, son muy reacios. Los varones están más para el deporte y nada más, o*

*vienen para realizar algún trabajo que los convoque yo, para ayudar con algo de la construcción pero para hacerse un control médico jamás. En todas las actividades del Centro son minoría los varones. Yo creo que ahí hemos fallado, no les encontramos la vuelta a los varones. Creo que ese ha sido nuestro peor bache” (Presidente de la Mutual).*

Al comienzo del proyecto se incorporó un promotor varón como recepcionista del Centro con la idea de que esto podía servir para que los varones se acercaran, aún bajo el riesgo de que pudiera “ahuyentar” a las chicas adolescentes que podrían sentirse inhibidas al ser recibidas por un varón de su misma edad. Sin embargo, la incorporación del promotor no funcionó de la manera esperada ya que se diferenciaba claramente de los varones en situación de riesgo a los que se pretendía llegar.

*“Pensamos que poner una cara masculina podía servir para que los varones se acercaran, pero sucede que no era la mejor cara masculina porque en realidad a pesar de ser del barrio se diferenciaba de los chicos del barrio. El tenía otras aspiraciones, quería irse del barrio, estudiar, no se juntaba con los que tomaban cerveza, no se drogaba o si se drogaba era muy cuidadoso, no compartía los códigos de los jóvenes a los que se quería llegar. Su presencia no fue un convocante sino que funcionó al revés” (Socióloga).*

*“(El promotor) no representaba a nadie de la comunidad, nadie confiaba en él, era sapo de otro pozo. No compartía los códigos de la población. Cuando todo el mundo escuchaba cumbia el escuchaba Ataque 77 y los pibes le gritaban ‘¡Che, sacá esa música!’” (Psicóloga).*

## **7. La mirada del gobierno municipal**

Las autoridades sanitarias del municipio así como las del hospital zonal evaluaron positivamente el desarrollo del proyecto, destacando la importancia de la inserción del Centro en la comunidad y la creación de espacios de participación.

*“Esta es una zona muy carenciada, a los chicos lo que más les falta, aparte de medios, son estímulos, o sea lugares a los que puedan recurrir para que les den información y algún tipo de estímulo para ocupar su tiempo. Aparte del aspecto específico de la salud, el proyecto trató de llegar a los jóvenes para que se involucraran en alguna de las actividades que se daban allí. Se trata de promover, de mover en los jóvenes inquietudes y que empleen el tiempo que les sobra que andan por la calle y no tienen ninguna actividad” (Médica del Hospital Allende).*

*“Para los muchachos es muy importante tener un lugar de pertenencia, de referencia. Desde el proyecto se supo implementar acciones para atraer a los jóvenes para que tengan un sentido de pertenencia porque acá realmente no pertenecen a nadie” (Director del Hospital Allende).*

*“Efectivamente brindaron asistencia. Uno siente que en muchos programas y proyectos de este tipo se discursa mucho pero cuando alguien necesita algo no hay quién se lo de. En el Centro del Joven se hizo algo concreto, no fue solamente un discurso que al final la gente termina de escuchar y dice qué lindo, ¿pero cuando yo necesito alguien a quién recorro?” (Funcionario de Secretaría de Salud).*

*“Es positivo incluir a los jóvenes dentro de proyectos, darles qué hacer, no sólo informarlos sino involucrarlos” (Médica Hospital Allende).*

*“Hubo una verdadera integración con la comunidad. La gente del equipo técnico del Centro del Joven salió a la comunidad y se generó una simbiosis desde la comunidad hacia la gente del equipo y viceversa” (Director de salud materno infantil del Municipio).*

*“Algo muy importante es que han trabajado los chicos, han sido parte del proyecto. Muchas veces se diseñan programas para jóvenes y cuando vas te abre la puerta una persona de 60 años” (Médico Hospital Allende).*

Las críticas desde el municipio tuvieron más que ver con cuestiones operativas y no con los objetivos y metodología desarrollados desde el Centro. Una crítica vertida desde el hospital es que a pesar de haber sido un proyecto de salud comunitaria en su articulación con los efectores públicos de salud tuvo más contacto con el hospital que con los centros de atención primaria de la zona.

*“Yo creo que uno de los baches del proyecto es que se centraron más en el hospital que en la unidad sanitaria que está más cerca. El hospital es como perderte... como todo hospital es la casa grande, la unidad sanitaria es la casa del barrio. Entonces los pacientes que eran derivados al hospital no es que no se les diera atención y contención, pero en la unidad sanitaria tenés el mismo médico todos los días, la misma enfermera todos los días es como que el paciente está más contenido. Yo que soy un gran defensor de la atención primaria hubiese esperado que se trabajara un poco más con la unidad sanitaria local”.*

Otra crítica desde el hospital Allende fue que, en el caso puntual de los análisis de VIH se buscaron recursos externos al hospital en lugar de fortalecer los propios.

*“Con el tema de los test de VIH lo que se hizo desde el proyecto fue fortalecer un programa municipal que nació un poco rengo. Pero al ser una estructura oficial se deberían buscar fortalecer los recursos desde la red formal local y ellos recurrieron a la universidad. Si bien fue algo que en ese momento nos subsanó un problema en realidad lo que habría que haber hecho era fortalecer la red local y aportar al laboratorio regional” (Médico del Hospital Allende).*

## **8. El legado del Centro del Joven**

Según los informantes entrevistados, el legado del Centro fue principalmente el conocimiento transferido a los jóvenes acerca de las formas de prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, este conocimiento debe contextualizarse en un medio socio-cultural dentro del cual el embarazo constituye un mandato muchas veces ineludible para las mujeres desde la adolescencia, que funciona para que muchas chicas, a pesar de tener conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos, no los utilicen.



*“La cuestión cultural es muy fuerte, pudimos lograr que muchas chicas no se embarazaran o lo postergamos. Embarazarse no es solamente un accidente sino que también es un proyecto. En este grupo de gente, la chica termina la primaria, hace parte del secundario, y después se queda en la casa con la madre y ya su proyecto es casarse y tener hijos. A los 14, 15 años ya está para procrear. Si nosotras pudimos contribuir para que eso pase a los 19 en vez de a los 14, creo que es positivo. Les postergamos a muchas chicas la maternidad, pero en definitiva, la presión de tener que embarazarse la tienen. Las chicas que yo sigo viendo –que ya no son chicas– todas tienen hijos, muchos hijos” (Médica).*

A través de los informantes entrevistados pudimos reconstruir brevemente algunas trayectorias de jóvenes que fueron usuarios del Centro que dan cuenta del lugar que ocupa el embarazo y la maternidad adolescente en las jóvenes de sectores populares y de la brecha que existe entre el conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos y el uso efectivo de éstos.

Julia se formó como auxiliar en el Centro y recibió una beca de apoyo para terminar el secundario y luego para estudiar enfermería. Se casó a los 17 años y abandonó los estudios porque su marido quería tener un hijo. Actualmente tiene tres hijos y tanto ella como su pareja están desocupados.

Laura es hija de una de las auxiliares que trabajan desde hace años en el Centro 10 de Abril:

*“Las auxiliares son mujeres de la comunidad que ayudan en el consultorio y tienen una cancha en planificación familiar impresionante, yo les digo que las voy a dejar trabajar a ellas en mi lugar porque realmente son muy lúcidas y han aprendido mucho. Son mujeres de mi edad, cuando yo empecé tenía 25 años ellas tenían mi edad y ya tenían varios pibes, a todas las educamos y de hecho no tuvieron más hijos o lo hicieron cuando quisieron. Ahora sus hijos son adolescentes. Estas mujeres tuvieron presencia fuerte nuestra pero sus hijos repiten los errores. Lucy tiene una hija que ahora tiene 15 años y que desde chiquita estuvo siempre con ella en el consultorio, **te diría que se crió entre las pastillas anticonceptivas**. Yo siempre le decía que ella iba a ser mi auxiliar. Bueno, esta chica está a punto de parir, embarazada de un tipo de 34 años que es chorro y está en cana. Información no le faltaba pero igual no pudo escapar al contexto. Este fue para mí el cachetazo más grande que recibí este último tiempo, la frustración de ver que no pudimos lograr cambios ni con nuestras propias auxiliares” (Médica).*

Al señalar el contexto socio-cultural como un factor que condiciona a las mujeres a la maternidad temprana y a una progenie numerosa, los informantes marcan las limitaciones de trabajar únicamente en salud sexual y reproductiva destacando la necesidad de emprender acciones intersectoriales que trasciendan la atención de la salud e incorporen educación, trabajo, género, vivienda. Sin duda, mayores oportunidades para las jóvenes podrán generar roles distintos al de esposa y madre. En otras palabras, retomando el concepto de derechos sexuales y reproductivos, las intervenciones deberían apuntar a posibilitar las “condiciones habilitantes” que deben preexistir al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

## 9. Sustentabilidad

El financiamiento de la cooperación belga había sido otorgado por un plazo de tres años sin posibilidades de prolongarlo. Se esperaba que pasado ese tiempo, según lo acordado en el convenio firmado, el Estado municipal se hiciera cargo de solventar el funcionamiento del Centro. Esto sucedió sólo parcialmente y por un período limitado luego del cual el Centro del Joven se disolvió.

Tres factores se combinaron hacia el tercer año del proyecto que precipitaron su cierre:

- 1) Nombramiento de un médico que no comulga con los objetivos del proyecto.
- 2) Fin del apoyo económico belga.
- 3) Cambio de autoridades municipales y recortes presupuestarios.

En el transcurso del tercer año la médica ginecóloga del equipo renunció al proyecto debido a un cambio en su cargo municipal<sup>9</sup> que implicaba un compromiso horario mayor en otras unidades sanitarias del partido donde continúa atendiendo actualmente. En ese momento el equipo ejecutor aprovechó para presionar al municipio con el fin de que cumpliera con el convenio y logró que la municipalidad nombrara un médico (inicialmente por ocho horas semanales y luego sólo por tres) y que también se hiciera cargo de la agente social<sup>10</sup>, no así de la psicóloga. Hubo muchas dificultades para que el municipio aceptara nombrar personal no médico demostrando que la importancia de la interdisciplina en los equipos de salud no está del todo legitimada en los espacios públicos.

El médico, nombrado por el municipio, que reemplazó a la ginecóloga que había trabajado desde el inicio del proyecto tenía serias dificultades para trabajar en equipo y presentaba reparos para administrar métodos anticonceptivos a menores de edad.

*“A esta persona le costaba muchísimo trabajar en equipo, no quería, no sabía y no le interesaba. Nosotros veníamos trabajando bajo un modelo donde la médica, la psicóloga y la trabajadora social actuaban muy articuladamente y para este médico nuevo eso era ‘chino’, no estaba acostumbrado a este tipo de trabajo. Nosotros nos reuníamos quincenalmente y cuando finalmente logramos que viniera a alguna reunión fue durísimo porque no tenía tolerancia a la crítica ni al intercambio. Le costaba mucho asociarse con lo social y además tenía preconcepciones y juicios muy duros acerca del ejercicio de la sexualidad en los jóvenes.... Por otro lado tenía*

<sup>9</sup> La médica del equipo tenía un contrato con la municipalidad por el cual prestaba servicios en unidades sanitarias de la zona, pero en el caso del Centro del Joven estaba pagada por el proyecto. Cuando el municipio le ofrece pasarla a planta requiere de ella un compromiso de trabajo *full-time* motivo por el cual se ve obligada a renunciar a su puesto en el Centro.

<sup>10</sup> Este cargo fue ocupado inicialmente por una trabajadora social que renuncia en el segundo año del proyecto y es reemplazada por una antropóloga.

*problemas hasta para llegar, no se quería meter en las calles de tierra. No venía o llegaba tarde y la gente se iba. Eso repercutió muy mal en la atención de las pacientes que cuando salían del consultorio iban a ver a la psicóloga y expresaban su descontento con el médico” (Socióloga).*

El equipo del Centro reclamó a la municipalidad por el perfil del médico nombrado haciendo hincapié no sólo en la necesidad de que ese cargo fuese ocupado por alguien con experiencia en atención primaria sino también en que fuese una médica mujer para facilitar la relación con las pacientes adolescentes, pero sin obtener resultados. Finalmente, a pesar de que el cargo continuó asignado al proyecto el médico dejó de asistir al Centro. A partir de ese momento se discontinúa la atención médica y sólo queda por un tiempo una auxiliar de enfermería que entregaba anticonceptivos orales a las pacientes que ya tenían una historia clínica abierta y que venían para reaprovisionamiento. Todas las demás consultas eran derivadas a los centros de salud cercanos. En la unidad sanitaria 10 de Abril continuaba atendiendo la médica que había renunciado al Centro y muchas pacientes la siguieron allí y se atienden con ella hasta el día de hoy. El modelo de atención de la unidad sanitaria dista del modelo que se intentó implantar desde el Centro pero la posibilidad de recurrir a una profesional conocida ayudó a que muchas usuarias no quedaran a la deriva.

Al acercarse el final del período de apoyo del SLCD, los integrantes de la comunidad demostraban un gran escepticismo en relación con el compromiso de la municipalidad de seguir adelante con el proyecto, y al mismo tiempo reconocían la incapacidad de la comunidad para gestionarlo sola fundamentalmente por la carencia de recursos.

*“Me gustaría que vengan el año que viene para ver. Va a estar todo parado. Si de acá se va el SLCD se cae todo... es un crimen. ¿Vos te creés que la municipalidad va a cumplir su palabra? En los años que estuvimos peleando por estas tierras aprendí algo: que las palabras se las lleva el viento. Ya vivimos todo eso con ellos. Sin ayuda (externa) esto no va a caminar” (Arturo).*

El escepticismo se acrecentó con el cambio de gestión de gobierno, no sólo de intendente sino de partido político<sup>11</sup>. El equipo del Centro realizó numerosas gestiones reclamando por la continuidad del proyecto ante las nuevas autoridades municipales sin obtener resultados. La percepción del proyecto como una obra de la gestión saliente, sumado a la profunda crisis económica y los recortes presupuestarios planteados por el nuevo gobierno, hicieron imposible la continuidad del proyecto dentro del marco municipal.

*“Si vos vivís en Argentina no podés confiar en el Estado. Se negoció mal. No te tenés que quedar con un solo tipo que te provea. Es imposible que te confíes en la gestión. Vos lo que tenés que lograr es que te reconozcan tu tarea como una cosa encomiable y no pedir... Faltó trabajar con redes, con ONG, con los servicios hospitalarios. Generar un espacio de intercambio*

<sup>11</sup> En 1999 la Alianza gana las elecciones en el municipio de Lomas de Zamora.

*donde vos le atendés a los chicos y ellos te atienden otra cosa. La continuidad no puede estar sujeta al aparato estatal. No se puede confiar. Siempre que cambia una gestión el anterior pasa a ser el enemigo” (Psicóloga).*

*“Cuando el proyecto estaba por terminar ya estábamos desesperanzados. Nos dábamos cuenta de que este centro para la municipalidad era una carga. Ellos tenían la fantasía que nosotros nos habíamos llenado de plata y habíamos creado una demanda enorme y les estábamos tirando el fardo a ellos” (Médica del equipo).*

La autocrítica de los ex integrantes del equipo del Centro pasa por haber fallado en lograr una buena inserción comunitaria y por no haber trabajado lo suficiente con la gente de la comunidad como para que ellos pudieran haberse apropiado de ese espacio y defenderlo para que no se cerrara.

*“Si bien se logró una demanda importante nos faltó haber articulado con otra gente que después nos apoyara en la gestión con el municipio cuando pedíamos la continuidad del Centro. Para el municipio si hay ciertos actores de la comunidad que se plantan y demandan, presionan y molestan ya los ven de otra manera...”*

*“Tendríamos que habernos conectado con otras ONG que trabajen en salud reproductiva, instituciones de la mujer. Nosotras sabíamos de la existencia de otras instituciones en la zona pero nunca pudimos articular un trabajo con ellos, era sólo saber que estaban trabajando. Faltó conformar una red de intercambio. Tampoco teníamos mucho tiempo para trabajar en la inserción comunitaria, teníamos un trabajo muy grande, una demanda inmensa. Cuando llegábamos a la mañana ya había gente esperando para atenderse. No se si hubiésemos tenido tiempo. Cuando se está diseñando un proyecto no se piensa en la inserción comunitaria como algo que demanda tiempo y que hasta requeriría una persona dedicada exclusivamente a eso. En nuestro equipo cada uno tenía un rol y no quedaba tiempo para eso” (Antropóloga).*

*“Nuestro trabajo en red fue sólo con redes superestructurales: la municipalidad, el laboratorio de SIDA de la UBA, el programa de violencia familiar. No hubo ningún trabajo en redes comunitarias” (Psicóloga).*

Para el equipo ejecutor, la falta de apropiación del proyecto por parte de la comunidad se relaciona con la dirección unipersonal de la mutual, demasiado centrada en el Sr. Valentín que tenía intereses políticos claros y que en ningún momento estuvo dispuesto a democratizar el espacio de decisión y menos aún cederlo a los jóvenes.

*“Valentín ejercía el poder alejando del proyecto a quienes se querían involucrar de otra manera y nosotras quedamos muy bajo su ala para bien y para mal. Él en el barrio era querido por algunos y por otros no, entonces había gente que no se acercaba porque Valentín aparecía como la cara visible del proyecto dentro del barrio” (Antropóloga).*

*“La comunidad tiene que participar dentro del proyecto, defender el espacio, hacerse cargo. Y la participación terminó siendo expulsiva porque se negoció demasiado con un puntero que no es querido y que es temido. De hecho se perdió todo: TV, video, proyector, todo el equipamiento*

*del consultorio, porque nada de eso fue apropiado por la comunidad. El lugar físico ya no era sentido como perteneciente a la comunidad. Ahí debería haber estado nuestro esfuerzo. Si vos trabajás en un proyecto comunitario, tenés que trabajar con la comunidad. Tendríamos que haber incluido gente que pudiera haberle hecho frente a Valentín. ... Tampoco se les dio el espacio a los jóvenes que podían apropiarse del lugar. Valentín hizo todo lo posible para que eso fuera de él y lo cerró cuando el quiso. El tenía la llave. Le estábamos comprando ese espacio a él hasta con un sueldo” (Psicóloga).*

*“Fuimos descubriendo la mirada que tenía la comunidad de la Mutual que estaba totalmente atravesada por la cuestión política y desconfiaba. Habían antecedentes de mal uso del dinero. Valentín era un puntero y tenía muy claros sus intereses. No era una Mutual que funcionaba de forma aséptica. Venían las elecciones y Valentín movía a la gente como quería” (Socióloga).*

Los profesionales de la salud del Hospital de la zona también dudaban acerca de la continuidad del Centro una vez retirado el apoyo belga:

*“Yo creo que con fondos sólo del municipio no se va a poder seguir, se va a tener que recurrir a otro tipo de medios dentro de la comunidad o salir afuera a buscarlos como con algún bono contribución. Yo creo que debe ser un centro de autogestión si no, no se va a poder continuar. Esa va a ser la única manera de seguir subsistiendo porque no creo que con lo que pueda aportar la municipalidad se pueda seguir trabajando” (Médica del Hospital Allende).*

*“La comunidad es la que va a determinar la continuidad del proyecto, el sentirlo como propio y defenderlo. Personalmente creo que debe continuar pero la respuesta la van a tener que darlos usuarios y la propia demanda de la gente” (Médico del Hospital Allende).*

La continuidad del proyecto quedaba supeditada a la voluntad y a la posibilidad de la comunidad de organizarse para gestionar fondos de fuentes alternativas al municipio. Sin embargo, esto no se percibía como algo posible:

*“Yo creo que lamentablemente el esfuerzo que se pide a la comunidad es más un deseo que una realidad. Uno ya ha visto otras cosas, otros proyectos que no han progresado. Es difícil encontrar a alguien que tome las riendas, es un esfuerzo muy importante, la gente ya tiene sus preocupaciones en su casa...” (Médica del Hospital Allende).*

*“Yo no creo que se puedan manejar solos si no hay aporte externo, yo creo que eso no se va a dar por más que ellos tengan buena voluntad porque a veces con buena voluntad no alcanza... pasa todo por los recursos, lamentablemente pasa todo por ahí” (Director del Hospital Allende).*

Por otro lado, si la municipalidad destinaba recursos al proyecto, éstos serían específicamente para los recursos humanos del personal de salud y no para un equipo interdisciplinario que llevaba adelante una variedad de actividades destinadas a los jóvenes.

*“Lo del trabajo con el joven más allá de la atención de la salud son actividades que no podríamos cubrir... sería hasta irresponsable de parte nuestra hacernos cargo de actividades que no estamos capacitados para hacer” (Médico del Hospital Allende).*

*“Es probable que el proyecto continúe pero no con la intensidad que tuvo. Tal vez quede sólo la parte asistencial sin las demás actividades de contención, eso lo veo muy difícil”* (Director del Hospital Allende).

*“La realidad es que el gobierno municipal difícilmente pueda aportar más que la parte específica de atención médica. Habrá que imaginar nuevas fuentes de recursos, las comunidades son muy imaginativas para conseguir fondos. Es una virtud de los emprendimientos comunitarios no depender de una sola fuente de recursos. Saben que no pueden depender exclusivamente del municipio sobre todo con la diversidad de acciones que tienen. Y te das cuenta de que esto ya lo sabían muy bien cuando vos ves que todo se hizo prácticamente con el financiamiento de una ONG pero que desde el principio se encargaron de hacer un convenio para que el municipio quedara enganchado”* (Funcionario de la Secretaría de Salud).

En un intento por dar continuidad al Centro el equipo ejecutor y otros profesionales afines a la temática de salud reproductiva se conforman la Asociación Civil Punto de Unión. Esta ONG mantuvo algunas actividades en el Centro durante un año (reaprovisionamiento de anticonceptivos orales y con un proyecto para pintar murales y realizar un programa de radio sobre prevención de SIDA) e intentó sin éxito buscar financiamiento para reabrir el consultorio. A partir de ese momento el Centro cerró sus puertas dejando toda la infraestructura instalada a la Mutual. En ese espacio funcionó un club de trueque durante un tiempo y actualmente se encuentra en desuso y el equipamiento dejado por el Centro del Joven ha sido sustraído.

A lo largo del tiempo transcurrido desde su creación, Punto de Unión llevó a cabo diferentes proyectos en el área de salud sexual y reproductiva, principalmente de capacitación (talleres) y producción de mensajes de prevención (murga). En el año 2001 accedió a una sede en la Ciudad de Buenos Aires donde se instaló un consultorio que se encuentra totalmente equipado pero que aún no ha comenzado a funcionar. La intención de Punto de Unión es replicar la experiencia del Centro del Joven en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. A partir del aprendizaje de la experiencia anterior optaron por priorizar como objetivo el lograr insertarse dentro de la comunidad donde se encuentra la sede (“Casa Abierta”) y participan activamente de las reuniones de redes barriales coordinadas desde el Centro de Gestión y Participación local. Paralelamente han realizado numerosas gestiones de búsqueda de financiamiento aún sin resultados positivos.

## **Conclusiones**

◆ A diferencia de la mayoría de las acciones que se desarrollan desde las organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el proyecto del Centro del Joven incorporó la atención médica desde una concepción integral de la salud.

◆ La “ideología” del proyecto y la metodología de trabajo respondió a la concepción de los derechos sexuales y reproductivos que, si bien estaban definidos a nivel internacional, no se incluyeron en la agenda de la salud pública en nuestro país hasta muy recientemente. A su vez, la identificación de la vulnerabilidad y las necesidades especiales de los/las adolescentes en relación con la salud sexual y reproductiva fue un elemento central del proyecto que no estaba desarrollado más allá de su enunciación a nivel de las instituciones públicas de salud.

◆ La experiencia del Centro mostró localmente que el modelo focalizado e integral de atención en salud sexual y reproductiva funciona, incide positivamente sobre la calidad de la atención y atrae a las adolescentes. Lo anterior ayuda a confirmar la necesidad de ofrecer servicios de salud diferenciados para esta franja etárea atendidos por personal especialmente capacitado y sensibilizado. También se destaca la importancia de convocar a los jóvenes desde espacios exclusivos para ellos y por fuera del sistema de salud tradicional.

◆ Dentro de las instituciones públicas de salud existen diversas instancias de capacitación y promoción de la salud (aunque pocas dirigidas específicamente a la población joven) pero éstas están frecuentemente fragmentadas y desarticuladas. En el caso del proyecto del Centro del Joven se generó un espacio donde confluía la atención de la salud con la prevención, la capacitación y la contención de los jóvenes. El modelo fue reconocido como válido por el gobierno municipal, pero dada la coyuntura del momento, su reproducción en el sector salud estatal era difícil de concebir por su especificidad e integralidad.

◆ El Centro del Joven no fue un proyecto de iniciativa comunitaria sino más bien un proyecto pensado y diseñado por un equipo de profesionales interesados en cuestiones de salud comunitaria, comprometidos con la población y altamente motivados que buscaron un espacio comunitario donde implementar el proyecto. En ese contexto fue necesario “crear una demanda”, hacerse conocer en la comunidad y ganar la confianza de sus habitantes, proceso *que implica tiempo de interacción y presencia dentro de la comunidad.*

◆ Tres años es un período insuficiente para desarrollar un proyecto de inserción comunitaria del que se espera que la comunidad se apropie, defienda y autogestione. Las instituciones donantes deben tener en cuenta esto al otorgar financiamiento y al evaluar la sustentabilidad de los proyectos que apoyan.

◆ En el proyecto del Centro y sus posibilidades de sustentabilidad coincidieron horizontes temporales diferentes: por un lado el equipo ejecutor contaba con un plazo inamovible de tres años establecido de antemano por la institución financiadora. Por su parte, para las autoridades municipales el cambio de gestión de la intendencia representaba el límite del alcance de sus acciones y posibilidades. Finalmente, la comunidad (que no había participado en ninguna instancia en la gestación del proyecto) quedó como el único actor social “responsable” por la búsqueda de alternativas para su continuidad.

◆ El vínculo con el gobierno municipal resultó un facilitador para el desarrollo del proyecto tanto desde las cuestiones operativas como también por su “dejar hacer”, sin interferir en un campo políticamente controvertido. Sin embargo, hacer participar al Estado y comprometerlo, aún cuando exista un convenio firmado, no representa ninguna garantía en términos de la sustentabilidad, especialmente si el proyecto se creó para cubrir un vacío por parte del Estado. Actualmente los proyectos de cogestión entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil que reconocen la capacidad de respuesta de las ONG dentro de las comunidades se han vuelto moneda corriente en el campo de la salud y constituyen un eje central de la reforma del sector. Aún así, es necesario crear diseños innovadores para apoyar el trabajo de las ONG y fomentar una mayor vinculación entre gobiernos, ONG, servicios de salud y universidades.

◆ Podemos suponer que actualmente al existir un contexto más favorable para el trabajo en el campo de la salud sexual y reproductiva, mediado por la existencia de un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673) y una ley provincial (Ley 13.066/03) que destacan la importancia de la población adolescente como blanco de esas acciones, tal vez una iniciativa similar a la del Centro del Joven podría encontrar mayor eco dentro del aparato estatal.

◆ La participación de los jóvenes fue una meta primordial a lo largo de todo el proyecto. Se realizaron grandes esfuerzos por atraerlos y se probaron diferentes estrategias para incluirlos como protagonistas. Se constató que la participación activa de los jóvenes en roles definidos que implican un determinado compromiso a cumplir es irregular, rotativa y acotada a períodos de tiempo breves.

◆ La participación de los jóvenes fue principalmente pasiva, como usuarios de los servicios médicos o como participantes de las diferentes actividades recreativas y de formación. En las situaciones en que pudieron autoorganizarse y proponer sus propias ideas se vieron limitados y buscaron la guía de los adultos. Asimismo, los jóvenes no tuvieron la iniciativa o no supieron organizarse para reclamar por la continuidad del proyecto o buscar fuentes de apoyo alternativas.



◆ No se llegó a la población más marginal ni a los varones. Estos últimos representan una población particularmente difícil de captar en las intervenciones de salud sexual y reproductiva y es necesario pensar nuevas estrategias para llegar a ellos que implican salir a la comunidad, tener presencia en eventos deportivos y recreativos y ofrecer horarios de atención más extendidos, entre otros.

◆ Tal como lo demuestra la experiencia del Centro del Joven, las intervenciones en salud sexual y reproductiva serán siempre insuficientes si no se contemplan reformas estructurales que reduzcan las desigualdades económicas y sociales para las mujeres y para toda la sociedad. Ni la educación sexual ni el suministro de métodos anticonceptivos serán suficientes para prevenir el embarazo en jóvenes que no cuentan con oportunidades de vida diferentes a formar una familia a edades tempranas.

## BIBLIOGRAFIA

- AREA SALUD, ECONOMÍA Y SOCIEDAD. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES): "La salud y los derechos sexuales y reproductivos: Avances y retrocesos". En: CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES: *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2002-2003*, Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2003.
- CORREA, S. y PETCHESKY, R. (1994): "Reproductive and sexual rights: A feminist perspective". En G. SEN, A. GERMAIN y L.C. CHEN (eds.): *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Human Rights*. Boston, Harvard University Press.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL: *La salud reproductiva de los adolescentes*. Network en español, Volumen 20, Número 3, 2000.
- GUTIERREZ, M.A., GOGNA, M., ROMERO, M., ZAMBERLIN, N. y SZULIK, D.: "Estudio de caso: Programas de salud reproductiva para adolescentes en Buenos Aires, Argentina" En M. GOGNA (comp.): *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo*. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, 2001.
- GUTIERREZ, M.A. (1997): "Parirás con dolor. Aborto y derechos sexuales y reproductivos en la cosmovisión eclesiástica". En: FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS: *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires.
- LANGER, A., y NIGENDA, G. (2000): *Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades*. Population Council/BID.
- MERCER, R., RAMOS, S., SZULIK, D. y ZAMBERLIN, N.: «*The need for youth-oriented policies and programmes on responsible sexuality in Argentina*». En: *Reproductive Health Matters*, Vol.9, N° 17. May 2001.
- MERCER, R. y ZAMBERLIN, N. (2003), "Salud Reproductiva y Reforma del Sector Salud en Argentina", Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, (mimeo).
- MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO Y MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN: *Declaración de Beijing y Plataforma de Acción. V Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing (China) septiembre de 1995.
- Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. El Cairo, 1994.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE: *Hacia un nuevo mundo. La vida sexual y reproductiva de las jóvenes*. Resumen Ejecutivo, 1998.

## Cuadernos de CLASPO - Argentina

### Títulos publicados:

- Nº 1. KARINA BIDASECA: «Vivir bajo dos pieles... En torno a la resignificación de las políticas sociales y la complejización del vínculo con el Estado. El Movimiento de Trabajadores Desocupados de Solano».
- Nº 2. ALEJANDRA COSOVSKI: «Las prácticas participativas en salud. El caso de los Municipios Saludables: el Municipio de General Rodríguez».
- Nº 3. CARLA MURIEL DEL CUETO: «Desde el barrio. Un estudio sobre acción cultural en dos barrios del Gran Buenos Aires».
- Nº 4. FABIANA LEONI Y MARIANA LUZZI: «Rasguñando la lona. La experiencia de un club de trueque en el conurbano bonaerense».
- Nº 5. MABEL LÓPEZ OLIVA: «Violencia familiar en la Ciudad de Buenos Aires: Un estudio sobre la dinámica de relación entre organizaciones no gubernamentales, poder judicial y otros servicios estatales frente a las denuncias judiciales».
- Nº 6. LAURA MARTÍNEZ PORTA: «La Universidad como agente de desarrollo local».
- Nº 7. PEDRO NÚÑEZ: «(Des)igualdad, necesidades y legitimidad. Un acercamiento a los criterios de justicia en sectores populares».
- Nº 8. GABRIELA POLISCHER: «Paradojas del asistencialismo: Una mirada a partir del caso de un comedor comunitario».
- Nº 9. GABRIELA WYCZYKIER: «Las estrategias de las organizaciones de la sociedad civil frente a los problemas de empleo: Un estudio de casos a partir de la articulación de niveles de acción micro-macro».
- Nº 10. NINA ZAMBERLIN: «Las organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud sexual y reproductiva. Estudio de caso: el Centro de Promoción del Joven».