

Varones y servicios de salud sexual y reproductiva: la visión de autoridades de salud en Argentina

Graciela Infesta Domínguez
Autor referente: ginfesta@gmail.com

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Historia editorial

Recibido: 21/05/2012

Aceptado: 01/10/2012

RESUMEN

Investigaciones precedentes muestran en distintas partes del mundo que los hombres han sido descuidados como sujetos de los servicios de salud sexual y reproductiva. En los lugares en que existen servicios se vio que éstos no tienen una aproximación holística: están dirigidos fundamentalmente a la disfunción sexual o a las infecciones de transmisión sexual (ITS). No tienen un enfoque preventivo, no exploran la vida sexual y reproductiva del hombre y rara vez consideran a la/s pareja/s del paciente. En Argentina, hay indicios de que comenzó reconocerse la relevancia de los aspectos mencionados. En el presente artículo se presentan resultados de una investigación cuyo objetivo fue explorar y describir la percepción de los varones adultos, los proveedores de servicios de salud para varones, y las autoridades en salud. Se

indagó acerca de las necesidades de servicios de salud reproductiva para varones y las características que dichos servicios deberían tener. La investigación se realizó en el aglomerado Gran Rosario y la ciudad de Reconquista (Santa Fé, Argentina). Nos propusimos dar cuenta de la visión que tienen las autoridades de salud sobre aspectos tales como: el grado de necesidad de tal tipo de servicios que ellos consideran que existe, las características que dichos servicios deberían tener; posible ubicación en la estructura de servicios de salud; recursos económicos y humanos que necesitan para funcionar. El trabajo fue de corte cualitativo, los datos fueron obtenidos a través de entrevistas en profundidad semi-estructuradas a autoridades de diferentes niveles de la gestión en salud.

Palabras clave: Varones; Servicios de salud; Salud sexual y reproductiva

ABSTRACT

Worldwide research has shown that men have been neglected as subjects of sexual and reproductive health services. However, slowly, the importance of attention to men's sexual and reproductive health is being recognized. Some recent signs that appear in Argentina, it has begun to recognize the importance of taking into account aspects such as those just mentioned. In relation to this issue, we present results of an investigation whose general objective was to explore and describe the perception of male adults, providers of health services for males and authorities on health, on the need for reproductive health services for men and the characteristics that these services should be. The research was conducted in

the greater Rosario chipboard and the city of Reconquista, both belonging to the province of Santa Fe, Argentina. Specifically, in this opportunity, we proposed us realize the vision that health authorities have about the services of sexual and reproductive health for men in relation to aspects such as the degree of need for such kind of services that they consider that there is, the features that such services should be; the place in which such services should be inserted in the structure of health services, etc. It is a qualitative work, whose data were obtained through in-depth interviews semi-structured authorities of different levels of management in health.

Keywords: Males; Health services; Sexual and reproductive health

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, la preocupación por la población masculina va creciendo entre los investigadores, consultores y formuladores de políticas que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva. Esto viene ocurriendo como consecuencia de los numerosos estudios que señalan el papel decisivo que juega el hombre en la salud sexual y reproductiva de las mujeres así como la identificación del hombre como sujeto de necesidades específicas en ese campo (Arihla, 1999; World Health Organization [WHO], 2002).

En octubre de 2002, en Argentina se sanciona la Ley Nacional N° 25.673, que crea el "Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable". En mayo del año siguiente se sanciona el Decreto Nacional 1283/2003 que

reglamenta la mencionada Ley. El Programa "... reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuantos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos. Por eso, promueve la 'Consejería' en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva" (Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Algunos de los objetivos del Programa (ej.: "Disminuir la mortalidad materno-infantil" o "Promover la educación sexual de los adolescentes") implican acciones sobre algunas poblaciones específicas (Ley 25.673, Artículo 2º). Sin embargo, el artículo 3º de la Ley 25.673 establece explícitamente que "el programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna". Ni en la ley ni en el programa hay referencias a acciones específicas dirigidas a las necesidades de los hombres. En este contexto, todas las actividades relacionadas con la salud sexual y reproductiva (excepto la promoción de la prevención del SIDA) están exclusivamente dirigidas a las mujeres.

La investigación en todo el mundo ha mostrado que los hombres han sido descuidados como sujetos de los servicios de salud sexual y reproductiva. En los

lugares en los que están disponibles, los servicios de salud sexual y reproductiva para hombres no tienen generalmente una aproximación holística: ellos están dirigidos al tratamiento de la disfunción sexual o las infecciones de transmisión sexual (ITS), generalmente no tienen un enfoque preventivo, no exploran la vida sexual y reproductiva del hombre, y rara vez consideran la/s pareja/s del paciente. Sin embargo, poco a poco se va reconociendo la importancia de prestar atención a la salud sexual y reproductiva de los hombres, no sólo en su beneficio sino también porque sus conductas tienen una influencia fundamental en la salud de las mujeres. Los servicios de salud sexual y reproductiva para hombres ayudan a involucrarlos en un camino informado y responsable en lo que hace a la toma de decisiones reproductivas y la salud sexual y reproductiva de sus parejas, en general. En Argentina, aparecen indicios de que se ha comenzado a reconocer la importancia tomar en cuenta aspectos como los recién mencionados, tal como se observa en una investigación realizada en las provincias de Catamarca, Corrientes, Formosa, San Juan y Santiago del Estero (López, Pantelides y Findling, 2004): los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y jefes provinciales de los Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable entrevistados consideraron que era necesario emprender acciones dirigidas a la población masculina.

A la situación actual de los servicios de salud sexual y reproductiva descripta hasta aquí, hay que sumarle el hecho de que la investigación sobre las necesidades de los hombres de servicios de salud sexual es completamente escasa en Argentina (López, y otros, 2004; Infesta Domínguez, 2005).

Todo ello, fue lo que nos motivó a realizar una cuyo objetivo general fue explorar y describir la percepción de los varones adultos, los proveedores de servicios de salud para varones, y las autoridades en salud, sobre la necesidad de servicios de salud reproductiva para varones y las características que dichos servicios deberían tener³. La investigación se llevó a cabo en el aglomerado Gran Rosario y la ciudad de Reconquista, ambas pertenecientes a la provincia de Santa Fe. Como criterio de selección se buscó que representaran dos situaciones diferentes en términos del grado de modernidad, de estilo de vida urbano y de disponibilidad de servicios de salud.

En el presente artículo nos centraremos, en particular, en presentar algunos de los principales resultados de nuestra investigación en relación con las autoridades de salud. Específicamente, nos propusimos dar cuenta de la visión que tienen las autoridades de salud sobre los servicios de salud sexual y reproductiva para hombres en relación con aspectos tales como: el grado de necesidad de tal tipo de servicios que ellos consideran que existe; las características que dichos servicios deberían tener; lugar en el que dichos servicios deberían ubicarse en la estructura de servicios de salud; recursos económicos y humanos que tales servicios necesarios para el funcionamiento de los mismos, etc. Se trata de un trabajo cualitativo, cuyos datos fueron obtenidos a través de entrevistas en profundidad semi-estructuradas a autoridades de diferentes niveles de la gestión en salud.

QUIÉNES SON NUESTROS ENTREVISTADOS

El Área Metropolitana de Gran Rosario es la tercera ciudad más grande del país con 1.161.188 habitantes mientras que Reconquista tiene 63.490 habitantes (Argentina. Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2001). El Gran Rosario comprende los departamentos de Rosario y San Lorenzo, los más densamente poblados y que contienen los centros urbanos de mayor desarrollo económico, social y cultural de la provincia. La ciudad de Reconquista se encuentra ubicada en el departamento General Obligado⁴, en el noreste de la provincia de Santa Fe, a trescientos kilómetros de la capital provincial y es un importante centro de comunicaciones, comercio y desarrollo industrial.

En lo que respecta específicamente a la población objeto del presente artículo, realizamos entrevistas en profundidad semi-estructuradas a ocho autoridades con diferente tipo y niveles de responsabilidad en el campo de la salud sexual y reproductiva en las ciudades de Reconquista y Gran Rosario, así como de la provincia de Santa Fe (a donde pertenecen las dos localidades anteriores) y del ámbito del gobierno nacional de la República Argentina.

Así, nuestra muestra quedó finalmente conformada por un ministro y un secretario de salud a nivel municipal (correspondientes a las ciudades de Reconquista y Gran Rosario, respectivamente), tres responsables de Programas de Salud Sexual y Reproductiva (de los tres niveles de gestión: nacional, provincial y municipal) y tres autoridades de otras de áreas de gobierno con ingerencia en la salud sexual y reproductiva (una, a nivel provincial, y dos a nivel local).

En cuanto a las características sociodemográficas de las autoridades entrevistadas, tres tenían -al momento del trabajo de campo- entre 65 y 69 años, en tanto que los restantes tenían entre 40 y 56 años (específicamente, uno de 56 años; uno de 52; otro de 49 y los dos más jóvenes, 40 años). Ambos sexos estuvieron igualmente representados en nuestra muestra: cuatro de las autoridades entrevistadas son mujeres y las otras cuatro, varones. La gran mayoría de los entrevistados son profesionales de la salud (cinco son médicos y una, enfermera), en tanto que también nos encontramos con una Licenciada en Servicio Social y un Contador Público Nacional. En el caso de los profesionales de la salud, merece destacarse su alto grado de formación académica: cuatro de ellos tienen más de una especialización, incluyendo también estudios en sistemas de gestión o salud pública. Los que detentan la profesión médica, específicamente son urólogos, ginecólogos y/u obstetras. Otra característica en común de las autoridades entrevistadas es que la gran mayoría cuenta en su experiencia laboral con ejercicio de la profesión tanto en el sector público como en el privado. Y también todos los entrevistados tenían experiencia previa de gestión (algunos de ellos, muy extensa por cierto) habiendo, incluso, algunos de ellos trabajado en diferentes niveles de la misma.

LOS ACTUALES SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS AUTORIDADES

Nuestros entrevistados mostraron varias coincidencias al caracterizar los actuales servicios de salud reproductiva, a pesar de que sus experiencias laborales se vinculan a diferentes niveles de la gestión de aquéllos. Según las autoridades entrevistadas, la principal fortaleza de los servicios estriba en la disponibilidad actual de insumos gratuitos, incluso en lo que respecta a todos los centros de atención primaria de todo el país. Al hablar de insumos los entrevistados se refieren especialmente a los métodos anticonceptivos -incluyendo aquéllos métodos de planificación familiar específicos para las mujeres de alto riesgo, tal como un entrevistado se ocupó de especificar- pero también a la folletería con información sobre aquéllos. Sin embargo, en relación con esta última, las autoridades señalan que falta información para que la gente en situación de mayor vulnerabilidad pueda acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Además de estos aspectos positivos señalados por casi todos los entrevistados, es importante destacar que las autoridades municipales de Rosario que entrevistamos también resaltaron como un logro el haber sido pioneros en políticas en el área en salud sexual y reproductiva.

[La fortalezas residen en] “el eje que lleva adelante esta Municipalidad con respecto a la temática porque nosotros tenemos ordenanzas de SSR mucho antes de que hubiera leyes, antes de que existiera la ley nacional y la ley provincial. O sea, la direccionalidad desde la secretaria de salud fue muy clara siempre con respecto a la defensa de los derechos de todo ciudadano respecto a todo lo que involucra a la SSR. El marco en el cual que se basa todo nuestro programa es en el de los derechos y en las cuestiones de género.” (Ent. Nº 2,

Responsable del Programa de Salud Integral de la Mujer y de Salud Sexual y Reproductiva, Municipalidad de Rosario)

“A nivel de la Secretaría de Salud Pública hay una gran fortaleza en lo que hace a la SSR de las mujeres. El Programa nuestro de salud de la mujer, contempla toda esta problemática y tiene ya mas de 10 años de funcionamiento donde hay mas de 30.000 mujeres bajo programa que reciben toda su información, los métodos anticonceptivos y donde esta Municipalidad y esta Secretaría se han expresado siempre con respecto a la salud sexual femenina o de la mujer en lo que tiene que ver incluso con el aborto. Nosotros hemos hecho posturas públicas de este tema, sobre todo con la despenalización del aborto en aquellas mujeres que lo hacen en condiciones que no son las óptimas, inclusive Diputados Nacionales del Partido Socialista, la Diputada (...) ha presentado un proyecto en la Cámara de Diputados de la Nación... Rosario tiene una ordenanza, una legislación que permite que hagamos estas cosas. Segundo: tuvo una decisión política para llevarlo adelante, le da todos los medios a las mujeres y a su vez hay un convencimiento de todos los trabajadores de la salud de que estas son las políticas adecuadas para la SSR, que tiene que ver, por ejemplo con que hacemos ligadura de trompas, que no en cualquier lado se hace, y se hace cada vez que las mujeres lo piden, se las informa y hay un consentimiento. Hemos hecho algunas vasectomías que tienen también que ver con esto, lo que no es lo mas solicitado pero ligadura de trompas sí. Y todos los métodos anticonceptivos están a disposición y nunca han faltado y especialmente en las épocas de mayor crisis, 2000, 2001 y 2002. Cuando teníamos toda esa problemática [vinculada con la profunda crisis económica del país] y salimos a hablar con la población, había necesidades importantes: una eran los métodos anticonceptivos y otra era la leche para los chicos. Importaban los medicamentos también, pero esos dos eran el reclamo más fuerte que tenían y eso fue lo que cumplimos.” (Ent. N° 3, Secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario)

“E: ¿Cuál es su opinión los servicios que actualmente ofrecen atención en salud sexual y reproductiva a nivel local?”

A: Yo creo que no es eficiente.

E: ¿No es eficiente en general?”

A: Sobre todo los servicios de información. Tal vez hay programas nacionales y provinciales, pero la gente más vulnerable no se entera. Creo que los programas además de establecerse deben ser informados.

E: ¿Es un problema que se ubica en el plano provincial o a nivel más nacional...?”

A: A una falta de articulación entre los gobierno nacionales, provinciales y municipales que son los actores fundamentales en esto.” (Ent. N° 8, Secretario de Gobierno de la Municipalidad de Reconquista)

Precisamente esta situación que describen las autoridades de Rosario y Reconquista y que pone en relieve divergencias entre las políticas en el área según los distintos niveles de gestión⁵, es la que permite comprender las diferencias existentes entre nuestros entrevistados a la hora de reflexionar sobre las debilidades que ellos atribuyen a los servicios de salud sexual y reproductiva bajo su órbita. En relación a este tema, puede resultar más comprensible la posición de las autoridades rosarinas entrevistadas ya que, al momento del trabajo de campo, su gobierno mantenía diferencias ideológicas importantes con las autoridades provinciales y nacionales.ⁱ El dato que sí resulta un poco más llamativo es que el entrevistado por Reconquista coincida con las autoridades de Rosario en su diagnóstico respecto a que la falta de articulación entre las políticas locales, provinciales y nacionales constituye una de las principales debilidades de los actuales servicios, ya que, en este caso, las responsabilidades de los tres niveles de gestión corresponden a miembros de un mismo partido político.

A nivel provincial⁶, las autoridades tampoco tienen una mirada unívoca de la situación: en tanto uno de nuestros entrevistados considera que el esfuerzo de los profesionales que trabajan en los servicios es una de las fortalezas de los mismos, otro parecería –al menos, en principio- ubicarse en las antípodas del pensamiento de aquél, tal como lo muestran los siguientes testimonios:

“La fortaleza [de los servicios] es el esfuerzo que hacen algunos profesionales que se sienten responsables de la salud sexual y reproductiva. No es una estrategia que haya priorizado este problema de salud pública de la salud de la comunidad en general.” (Ent. N° 4, Delegado Coordinador, Prov. de Santa Fe)

“[El principal problema es que] hay una falta de compromiso por parte de muchos efectores de la salud en brindar a la población la consejería necesaria como para que la mujer tome una determinación, una decisión informada sobre que método anticonceptivo puede utilizar.” (Ent. Nº 5, Jefe del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Prov. de Santa Fe)

Pero las visiones contrapuestas no se circunscriben a las señaladas hasta aquí entre autoridades correspondientes a distintos niveles de gestión y/o signo político. En un mismo entrevistado es posible identificar posiciones que implican valoraciones contradictorias sobre un mismo aspecto analizado, las que resultan obviamente imperceptibles para él pero que, creemos, permiten comprender en gran parte los desafíos reales que enfrenta la atención de la salud sexual y reproductiva.

“[Los desafíos que aún tienen pendientes los servicios tienen que ver con que] no se ha llegado a toda la población [y esto está relacionado con] dos cosas:

-una es que hay un grupo de la población que no le interesa la educación de sus hijos, que no le interesa la salud de sus hijos ni de ellos y a este grupo no le interesa o no tiene en cuenta el cuidado para evitar ETS, no le interesa el cuidado que debe tener para evitar un hijo no deseado, no le interesa el control (Papanicolau, glándulas mamarias) no les interesa la salud y hay otro grupo poblacional que le interesa que los hijos tengan asistencia médica entonces los envían a los centros de salud para que sean informados.

-la otra es con respecto a los derechos, falta que se den en los centros de salud, es decir, el centro de salud tiene una idea de lo que es brindar información médica y se tiene poco en cuenta que se le está brindando un servicio a una persona que está ejerciendo su derecho, es decir, no se tienen mucho en cuenta los derechos reproductivos, se tiene en cuenta a esta persona como que ha elegido un método anticonceptivo. No sé si me explico, se tiene en cuenta toda la parte médica, pero no el ejercicio de los derechos, porque el estado debe garantizar a la población el estado de derecho y garantizarle la asistencia y brindarle los insumos que ellos han elegido o los insumos necesarios para un problema que ellos tienen.” (Ent. Nº 5, Jefe del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Prov. de Santa Fe)

Este testimonio representa una situación paradigmática respecto de las contradicciones que pueden llegar a coexistir entre aquéllos que son o se

presentan como firmes defensores de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Este entrevistado no sabe u olvida que para interesarse por ejercer un derecho, ante todo hay que saber que somos sujetos de derechos; después hay que contar con información que pueda ser comprendida por el sujeto respecto de qué implica ese derecho y, por último, tiene que contar con recursos –de distinto tipo- que le permita elegir de manera informada lo que es mejor para sí mismo y su familia de acuerdo a sus necesidades y proyectos personales. Además, tal como lo señalan Cohen y Burger (2000), una perspectiva basada en los derechos implica no sólo que las personas pueden elegir y tomar decisiones, sino también la creación de un ambiente que permita cambios más rápidos en las actitudes, las creencias y los comportamientos. En este sentido, por ejemplo, no se puede promover la equidad de género sin cuestionar las jerarquías patriarcales y de poder que impiden el acceso de mujeres y varones a los derechos sexuales y reproductivos. Esos mismo autores (Cohen y Burger, 2000, p. 92) también señalan que algunos aspectos de la entrega de servicios refuerzan o debilitan las desigualdades de género en y sostenidas por el propio sistema de salud, y los prejuicios sociales están reflejados, por ejemplo, en los patrones al contratar a personal dentro de organizaciones de salud y otras. En este sentido, algunos testimonios de nuestros entrevistados parecen permitirnos extender los alcances de la afirmación anterior de Cohen y Burger y así sostener que algunas deficiencias del sistema de salud -en especial, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva- son en parte consecuencia -ya sea por acción u omisión- y/o reflejan los prejuicios sociales de los autoridades que los diseñaron y/o

gestionaron. Y en esto parecen también coincidir algunos de nuestros propios entrevistados, tal como lo refleja el siguiente testimonio:

“... la debilidad de los servicios es justamente esa..., que no se ha priorizado este tema de la salud sexual. A veces por cuestiones personales, cuando en realidad debería ser una política de estado, porque en el país hay 500.000 casos de aborto prácticamente, es un problema serio por las secuelas, por las muertes. Es una muestra, un síntoma digamos de que el problema no se ha abordado, no se ha encarado con la debida responsabilidad. Es un tema que tenemos pendientes todos los sanitarios. Hay problemas de mucha índole que generan esta situación, algunos son políticos, otros culturales y también porque este tipo de demanda es un grupo de riesgos y no se los atiende con la debida importancia que se merece”. (Ent. N° 4, Delegado Coordinador, Prov. de Santa Fe)

La remoción de estos obstáculos políticos y culturales a los que nuestro entrevistado atribuye la situación actual en salud sexual y reproductiva, es una de las tareas que se propone la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Cohen y Burger; 2000). Por esto no resulta extraño que, además de los obstáculos mencionados –sobre los que, como ya señalamos, manifestaron opiniones divergentes- las autoridades entrevistadas logren su mayor consenso al señalar la promoción de la salud, y la consejería y la prevención en general, como las orientaciones en las que menos se han trabajado en los servicios y las que más profundización requieren en esta etapa para mejorar las prestaciones en salud sexual y reproductiva.

“Y podríamos decir que la principal debilidad para mi tiene que ver con, primero, poder trabajar, categorizar y llevar a la practica justamente la idea de servicio... La [atención] de la salud sexual y reproductiva no es solo una consulta o un insumo o el método anticonceptivo. Es importante tener ese piso garantizado pero en algunos lugares, y aún en las provincias donde esto está, donde el programa está más desarrollado y tiene más antecedentes, es necesario poder pensar servicios de salud sexual y reproductiva con parámetros de calidad para las distintas temáticas de la agenda de salud sexual y reproductiva... Es una

meta de mediano y largo plazo que todavía hay trabajar porque es una debilidad. Y la otra debilidad fuerte es que el cambio de paradigma, o sea lo que es instalar y hablar de derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud, implica un cambio en la relación médico-paciente. Ahí hay una relación de poder muy fuerte en la práctica, la que es necesario modificar. Y este cambio de paradigma lleva bastante tiempo y, sin embargo, todavía estamos con esa debilidad importante.... Es una debilidad que creo que en algunos lugares es más fuerte que en otros. Se trata de una línea a trabajar que hace al servicio de salud en su conjunto, que es este trabajo sobre la promoción de la salud. Por que pasa también que si bien la salud sexual y reproductiva en algunos lugares es central, también hay algunos servicios que se centran en la enfermedad". (Ent. N° 1, Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable)

"... Debilidades nosotros vemos muchas. Nosotros hemos trabajado un programa de salud sexual y reproductiva en el 2004 hasta parte del 2006. Dentro de las debilidades está faltando la aplicación en sí del programa y de la ley de salud sexual y reproductiva tanto nacional como provincial, que es el tema de las consejerías que es sumamente importante, el tema de la difusión y todo lo que es el trabajo de prevención...". (Ent. N° 7, Secretaria de Promoción y Salud del Municipio de Reconquista)

La importancia de la participación comunitaria entendida no solo como parte de los derechos reproductivos de la población sino también como requisito imprescindible para mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, es expuesta con extrema claridad por uno de nuestros entrevistados, como muestra el siguiente testimonio:

"Tiene que haber un amplio debate [en salud sexual y reproductiva] que se debe bajar a la comunidad para que la comunidad participe de ese debate. Y con la participación no solo se informa sino que, también ingresa como protagonista a la discusión de un hecho que le es propio, como ciudadano le corresponde. El debate hace que se tomen decisiones más adecuadas. [Esto sucede cuando] cuando el debate se da también en la comunidad, cuando hay una participación de la comunidad. Cuando la estrategia o las políticas la deciden los funcionarios y los médicos, ellos están atravesados por pautas culturales, vivencias y percepciones que no son las de gente que sufre ese problema, entonces la estrategia no resuelve el problema que nos ocupa" (Ent. N° 4, Delegado Coordinador, Prov. de Santa Fe)

Una de nuestras entrevistadas señaló una deficiencia del programa que no fue mencionada por las restantes autoridades pero que nos parece muy importante destacar por las implicancias de la misma y porque coincide con los hallazgos de otra investigación realizada en las provincias de Catamarca, Corrientes, Formosa, San Juan y Santiago del Estero (López y otros, 2004). Varios médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y jefes provinciales de los Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable entrevistados en dicho estudio coincidieron en señalar la falta de recursos necesarios para realizar una adecuada prevención, especialmente en lo que respecta a la falta de colposcopios o kits para la colocación del DIU. Algunas de las provincias que formaron parte de este estudio, contaban con dichos recursos únicamente en el hospital central de la capital provincial. Nuestra entrevistada describe una situación similar en la ciudad de Reconquista.

“[Dentro de la aplicación del programa y de la ley de salud sexual y reproductiva tanto nacional como provincial lo que también está faltando es]... todo lo que es el trabajo de prevención, tanto a nivel de centros de salud, a nivel de organización de servicios en el hospital, que digamos que es el área que centraliza. Y cuando hablo de centros de salud, hablo de trabajar con el área programática que tiene cada centro de salud, con su comunidad, con las escuelas. Por ahí hay mucha demanda.... Nosotros hemos trabajado este proyecto... Hay mucha demanda desde las escuelas, pero poca oferta. Y también todo lo que tiene que ver con lo que es prestar la atención adecuadas a la mujer como tal y las consultas preventivas o los estudios ginecológicos, que en realidad no se hacen. Podríamos estar previniendo muchísimo todo lo que es el cáncer de útero. Hay muchas mujeres jóvenes de los barrios que están con cáncer de útero, de mama y esto podría prevenirse si se hace el PAP. Pero qué pasa... Nos pasaba cuando nosotros íbamos a dar las charlas: las mujeres iban a sacar un turno para un PAP y quizás lo tenían en 5 o 6 meses y tenían que venir al hospital. No tenemos centro de salud que te hagan PAP, excepto uno que no sé si sigue haciendo colocación de DIU. ¿Qué pasa con los DIU? El programa los provee o ya están, porque de acuerdo con la información que nosotros tomamos con el programa a nivel nacional los recursos ya están.

Inclusive hay mucho material gráfico muy bueno... Hay mucho material que si el programa se aplicara como tal, me parece que los resultados serían otros, y bueno, por ahí yo estoy hablando más de la mujer pero ¿cómo se incorpora al hombre en todo esto?... Quizás el hombre es muy reacio a participar en charlas pero bueno, ¿cómo se lo va sensibilizando? Porque esto es una responsabilidad del hombre y de la mujer, no es una responsabilidad solo de una de las partes”. (Ent. N° 7, Secretaria de Promoción y Salud del Municipio de Reconquista)

Otro aspecto que indagamos en las entrevistas con las autoridades es el relativo a las poblaciones objetivos de los programas de salud sexual y reproductiva en los que cada uno de ellos estaba involucrado. En cuanto al programa nacional, en la Introducción del presente trabajo comentamos que la ley nacional que le dio origen establece que el programa está dirigido a la población en general “sin discriminación alguna”. Sin embargo, cuando la coordinadora del programa describió durante la entrevista cuáles son las acciones que actualmente están llevando a cabo en el marco del mismo, quedó en claro que la mayoría de las mismas están orientadas exclusiva o preferentemente –según los casos- a mujeres adolescentes y adultas en edad fértil.

“E: ¿Cuál es/son la/s población/es objetivo de las acciones que actualmente se están incrementando a nivel nacional en el programa?

A: Por un lado son mujeres, podemos dividir un poco, tenemos como toda la parte de acceso insumos, insumos gratuitos tenemos mujeres y varones, pero los varones se incorporan por el tema preservativo, que también incluimos a mujeres, pero los varones por preservativos y ahora con la nueva ley de ligadura, de... De vasectomía, esté... de vasectomía y el resto son mujeres en edad fértil, del tipo de métodos. Esto en relación a métodos, luego, en relación a estrategias de información, material didáctico y difusión. Principalmente mujeres en edad fértil y algo más general para varones, pero... por ejemplo todo el tema de línea de derechos, de violencia, etc. etc. lo trabajamos más con el eje mujeres, igual que tampoco tenemos todavía algo específico para adolescentes. Pero sin embargo toda la estrategia que sacamos de incorporación de la anticoncepción de emergencia a la política pública, si estaba claramente dirigida a mujeres en edad fértil, adultas y adolescentes...” (Ent. N° 1, Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable)

A nivel provincial, nuevamente nos encontramos con que las autoridades que entrevistamos tienen miradas totalmente distintas de la situación: en tanto una de ellas manifiesta que la población objetivo del programa es la población general pero que, en su opinión, deberían especificarse e intensificarse acciones para los grupos más vulnerables, el otro entrevistado sostiene que la ley establece que la población objetivo del programa está focalizada en los sectores más desfavorecidos económicamente pero que el programa está destinado a la población en general. En relación con la apreciación de este último entrevistado, vale señalar que no encontramos en la normativa vigente, relacionada con los programas en cuestión a nivel nacional ni provincial, referencia alguna a la apreciación que él realiza sobre la población objetivo del programa (“los carenciados”).

“E: ¿Cuál es la/s población/es objetivo/s de las acciones que se implementan actualmente en SSR?”

A: En realidad es un programa global y se trabaja en el primer nivel de atención. Si bien el programa es global, tendría que tener énfasis en los sectores más vulnerables. Tiene que haber un subprograma y potenciar esas acciones en los lugares donde radican los problemas, sectores de la comunidad donde las pautas culturales, la información, la educación no llegan en la medida que tienen que llegar. Entonces, para que haya equidad hay que darle más al que menos tiene. Actualmente, esto no ocurre. Tiene que haber un equipo que esté altamente capacitado, que tengan una percepción real del problema, que estén concientizados sobre cual es su verdadera función y misión e integrarlos a la comunidad a la que están prestando el servicio.” (Ent. N° 4, Delegado Coordinador, Prov. de Santa Fe)

“E: ¿Cuál es la población objetivo de sus acciones?”

A: La ley... dice [que] la población objetivo son los carenciados, son los más carenciados, pero a pesar de que la ley habla de los más carenciados, el programa es para toda la población... Nosotros propiciamos que concurra la pareja. Los resultados de la consulta de los varones es un problema. [...]

E: ¿Son población objetivo los varones?

A: Si (Ent. Nº 5, Jefe del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Prov. de Santa Fe)

En lo que respecta al nivel local, las autoridades de Rosario coincidieron en señalar en todos los casos que la población objetivo de sus programas son las personas de ambos sexos. También manifestaron mucho interés en el trabajo con los adolescentes, aún cuando en relación con este tema vuelven a aparecer como obstáculos para sus políticas los problemas de articulación con los otros niveles de la gestión, al que ya nos habíamos referido antes.

“E: ¿Qué características tiene la población que asiste efectivamente a los servicios?”

A: Nuestro programa de SSR muestra que cada vez es de más corta la edad al inicio sexual. Rosario tiene un alto porcentaje de embarazo adolescente, o lo tenía. Ahora está estabilizado, con cierta tendencia a la disminución. Empiezan cada vez más jóvenes, hay casos desde los 13 años en adelante. [...] La población con la que uno trabaja acá son aquellos que no tienen la cobertura de la seguridad social, con un nivel socioeconómico bajo. Rosario a pesar de tener los más altos índices de pobreza y desocupación, todavía tiene indicadores de salud que la distinguen, pero el nivel socioeconómico es muy bajo.

E: ¿Otras características que considere importante?”

A: En realidad la característica más importante, es que como nosotros trabajamos con equipos inter y multidisciplinarios, este programa en los centros primarios de salud funciona mucho mejor de lo que funciona en algunos hospitales [a cargo de la provincia], pero lo más importante es la campaña de educación que hemos hecho.” (Ent. Nº 3, Secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario)

Por su parte, las tres autoridades de Reconquista parecen coincidir entre sí, inclusive en la respuesta indefinida o ambigua que dan sobre el tema: afirman espontáneamente que la población objetivo de sus acciones son las mujeres en edad fértil y las más vulnerables pero, cuando se les pregunta específicamente por

la población masculina, entonces manifiestan que también el programa está dirigido a personas de ambos sexos.

“E: ¿Cuáles son las poblaciones objetivos de las acciones que se implementan actualmente a nivel local, en salud sexual y reproductiva?”

A: La población es la edad expresa que tiene que ser, así como la campaña de vacunación con doble viral, destinada a las mujeres de 15 a 39, este... mujeres en edad de procreación, edad fértil...

E: Edad reproductiva...

A: Exacto.

E: Básicamente.

A: Exactamente.

E: Y en este sentido, ¿por qué los varones no forman parte de la población objetivo? En las acciones de salud sexual y reproductiva...

A: Fueron... Depende el lugar y de la cantidad de recursos humanos, por eso digo que la mayor debilidad está en la falta de recursos humanos.

E: ¿En qué lugares fue población objetivo? Me decía que depende del lugar...

A: No, en forma general... Porque cuando se implementan los programas se va en forma general, diríamos. Y por otro lado, porque la mujer concurre espontáneamente y no se la busca, pero el hombre es más reticente, incluso en la utilización de los preservativos.” (Ent. N° 6, Jefa de Zona 2, Reconquista)

Sin embargo, las autoridades de Reconquista sí parecen coincidir en otros aspectos del diagnóstico, lo que nos permite hipotetizar cuáles pueden ser las causas de la imprecisión para definir la población objetivo de su programa: el programa está formalmente dirigido a hombres y mujeres pero, en la medida, que las acciones del mismo están concentradas más bien en responder a la demanda que tienen más que en hacer promoción de la salud, resulta claro que las mujeres terminan siendo las destinatarias naturales de las mismas por dos motivos: a) son

las que concurren al servicio en tanto que los varones no; y b) en la medida que los recursos son escasos, se focalizan en los grupos más vulnerables y necesitados –las mujeres en edad reproductiva, especialmente las de bajos recursos- para realizar acciones directas sobre los mismos (el trabajo con los varones también puede tener como objetivo esos mismos grupos pero se trata de una acción indirecta).

“E: ¿Ustedes están pudiendo cubrir la demanda en salud sexual y reproductiva que reciben de los varones?”

A: No. No todas. Ah, las que recibimos, sí, las que recibimos sí. Lo que pasa es que es lo mismo que lo anterior. Las que recibimos sí, pero no llegamos a toda la población por un tema que, vuelvo a insistirte, la gente no se entera y no lo reclama y bueno...”. (Ent. N° 8, Secretario de Gobierno del Municipio de Reconquista)

Sobre la población que efectivamente atienden en los servicios sí parecen coincidir todas las autoridades de Santa Fe (tanto las provinciales como las locales de Reconquista y Rosario): la amplia mayoría son mujeres y aún en los casos en los que realizan acciones puntuales dirigidas a los varones, estos son muy refractarios a aquéllas.

“E: ¿Qué características tiene la ‘clientela’ o población que asiste efectivamente a los servicios de SSR?”

A: En cuanto a la edad, según el último consolidado [nos entrega copia] es aproximadamente de un 25% de menores de 20 años y el resto, mayores. En cuanto al sexo, [durante el primer cuatrimestre 2007], atendimos 121.287 mujeres (89.7%) y 13.908 varones (10.3%) [...] En el 2005, elaboramos algunas estrategias para incrementar el número de varones en el programa de SRRP y no hemos tenido el éxito esperado.... Los varones van muy poco y nosotros cuando capacitamos les comentamos que concurren las mujeres con su pareja para que entre los dos tomen una decisión informada, una decisión sobre la cual ellos deciden sobre la planificación de su familia, los ayudamos a planificar la familia, a tener un espacio ínter genético adecuado, les hablamos de evitar

infecciones de transmisión sexual, les informamos que los controles deben ser adecuados porque hemos incorporado en este programa que cada usuario del programa tenga un Papanicolau hecho todos los años. Entonces les decimos que la pareja es lo ideal para este tipo de información y nosotros tenemos, por otro, lado hombres que van a buscar los preservativos. Y fíjate que, desde que sale la ley de ligaduras de trompas y vasectomías, se hicieron 5 vasectomías nada más y 1365 ligaduras de trompas. Ahí vemos el rechazo que tiene el hombre.

E: De los varones que sí solicitan atención, ¿cuáles son los motivos que los llevan a consultar?

A: Búsqueda de preservativos. (Ent. N° 5, Jefe del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Prov. de Santa Fe)

“En realidad, cuando uno hace un programa de SSR involucra a los varones, como involucra también el SIDA y otras tantas cosas. Lo que pasa es que el varón es más reacio a estas políticas de salud reproductiva. En estos momentos está habiendo una campaña para la detección del cáncer de próstata y bueno... no concurre el varón, no es fácil concurrir. Yo creo siempre que hay que incluir a la unidad. Este no es solo un problema de la mujer, es un problema de a dos.”
(Ent. N° 3, Secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario)

PERCEPCIONES DE LAS AUTORIDADES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SALUD SEXUAL DE LOS VARONES

Un paso crítico en el establecimiento de servicios dirigidos a varones consiste en la identificación de las necesidades que ellos tienen en materia de salud sexual y reproductiva. Como nuestros mismos entrevistados reconocieron espontáneamente, en la medida que las acciones de los funcionarios pueden estar atravesadas por sus propias pautas culturales, vivencias, valores y creencias, se corre el riesgo de no lograr las respuestas adecuadas para los problemas que se pretenden resolver en tanto y en cuanto las acciones diseñadas difícilmente tomen en cuenta debidamente las necesidades y preferencias de los actores

destinatarios de dichas acciones. Es por esto que, en el caso que aquí nos ocupa, es muy importante conocer, no sólo cuáles son las necesidades en sexualidad y salud reproductiva de los varones, sino también cuáles son los conocimientos y percepciones que las autoridades de salud tienen respecto de dichas necesidades.

Este es uno de los temas que mayor consenso generó entre las autoridades de salud que entrevistamos en el marco de nuestra investigación. Ellas coincidieron en señalar que las necesidades de los varones se concentran, fundamentalmente, en el área de diagnóstico clínico y tratamiento ya que en materia de salud, en general, los hombres asisten a la consulta ante la enfermedad (por ejemplo, una ETS o bien una disfunción sexual). Pero este tipo de necesidades suelen cubrir las los médicos generalistas, quienes, según el caso, derivan al paciente al médico especialista (ej.: urólogo, infectólogo, etc.).

En lo que respecta a las demandas específicas que los programas de salud sexual y reproductiva reciben de parte de los varones, la mayoría de nuestros entrevistados coinciden en señalar que las mismas corresponden al área de la prevención y se vinculan especialmente con la información sobre métodos anticonceptivos. Y los varones que más realizan este tipo de demandas son los más jóvenes y/o los homosexuales y travestis.

“A: Por una cuestión cultural todavía, por una cuestión netamente educacional y cultural. No cultura formal, sino que una cuestión cultural: el machismo. En general, es la mujer la que lleva la anticoncepción o la organización de la familia y a escondidas, a veces.

E: Debe haber un grupo –aunque sea reducido- de varones que sí solicitan atención. En general, ¿nos podría decir qué características tienen los mismos?

A: Solicitan mucho los travestis y en ese sentido están muy controlados, por una cuestión de su trabajo, que es netamente la prostitución. Se lo toman como un trabajo y es importante y están totalmente controlados a través del servicio social, tienen sus controles de rutina bien organizados. Una minoría de jóvenes que les inquieta en relación de las necesidades básicas del ser humano la importancia de cuidarse como persona.” (Ent. N° 6, Jefa de Zona 2, Reconquista)

Por supuesto, también se pueden percibir, en algunos casos, algunos prejuicios respecto de las minorías sexuales en la medida que se las asocia más a grupos de riesgo que a los heterosexuales, con prescindencia de cualquier otra consideración.

“E: ¿Los varones homo o bisexuales tienen demandas en salud sexual y reproductiva diferentes a las de los varones heterosexuales?

A: Los varones homo y bisexuales son un grupo de riesgo y van a demandar por las ETS, especialmente el HIV, que es el mas grave. Especialmente, porque es el que genera mayores riesgos. Pero de todas maneras el sufrimiento que tienen estas personas es mayor, entonces la demanda apunta, [está más determinada por el hecho] de no tener educación, de no actuar con responsabilidad.” (Ent. N° 4, Delegado Coordinador, Prov. de Santa Fe)

Pero los hallazgos más interesantes en relación con este tema se relacionan más bien con las percepciones de las autoridades respecto de la relación que establecen entre necesidades y demandas de los varones en materia de salud sexual y reproductiva. Por un lado, según las autoridades entrevistadas, los varones tienen necesidades de información que no se transforman en demandas explícitas hacia los servicios por desconocimiento –ya que no conocen todos los riesgos que corren, ni que existen formas de prevenir los mismos- o prejuicios culturales –tales como que la reproducción y el cuidado sexual y reproductivo es

un “asunto” de mujeres- los cuales constituyen otra de las formas que adquiere la ignorancia.

“E: ¿Qué tipo de necesidades en salud sexual y reproductiva cree usted que pueden tener o que tienen los varones?”

A: Los que vienen o los que van al nosocomio local, te vuelvo a decir, van, buscan información, se informan. Y además de informarse sobre la enfermedad transmisible, se informan sobre los métodos a usar para no contagiarse. El tema es que por ahí sabemos que existe necesidad [de información], pero no la demandan. Y volvemos al mismo tema: no la demandan porque no saben que se pueden contagiar.” (Ent. N° 8, Secretario de Gobierno del Municipio de Reconquista)

“E: Las demandas de salud sexual y reproductiva, ¿son planteadas explícitamente por los varones?”

A: No. Creo porque los varones no consultan este tema. Para ellos, no es un problema. No está visto como un problema en el varón. La que consulta siempre y en primera instancia, es la mujer. Esto uno también lo puede ver en el caso de infertilidad. Cuando viene alguna mujer, siempre es la mujer la primera que consulta porque no puede quedar embarazada y después, de última, aparece el varón. Tiene que ver con el género masculino. (Ent. N° 3, Secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario)

Por otro lado, en relación con los problemas que ellos mismos detectan en los hombres para implementar y sostener conductas preventivas, nuestros entrevistados no dudan en atribuirles a los servicios y programas existentes una buena parte de la responsabilidad de aquéllos. Los servicios y programas no han sido eficientes en promover la prevención y atención de la salud sexual y reproductiva, haciéndoles tomar conciencia a los varones sobre sus derechos y obligaciones en esta área, en la medida que no se ofrecen servicios cuyas acciones estén dirigidas a la población masculina teniendo en cuenta las características de la misma.

“No, los varones no tienen necesidades preventivas en salud sexual y reproductiva porque no hay programas que inciten, impulsen o promuevan este tipo de necesidad. Para uno tener la percepción de necesidad es porque ha tomado conciencia de un determinado riesgo. Si [los hombres] supieran que muchas enfermedades se pueden prevenir con cuatro o cinco actitudes o conductas que no cuestan nada, lo harían. Lo que pasa es que no lo saben porque no hay una concientización adecuada, con política fuerte e inclusiva, donde ellos participen activamente de alguna manera para que después la demanda en vez de ser una demanda espontánea, sea una demanda promovida, dirigida. Que valla a consultar al medico para alguna cosa. Como hace la mujer con el Papanicolau. Hay que trabajar mucho para que el hombre vaya a hacerse un tacto rectal para detectar cáncer de próstata junto con otros exámenes.” (Ent. Nº 4, Delegado Coordinador, Prov. de Santa Fe)

“La verdad es que no sé si es que [los hombres] no solicitan [servicios en salud sexual y reproductiva]. Lo cierto es la oferta, porque no te podría decir mucho justamente de la demanda, de cómo se configura, qué le pasa a esta población. Lo que yo sí creo es que, en lo que hace a la oferta -es decir, cómo están estructurados y armados los servicios y ahora, en particular, el programa- en concreto -desde el punto de vista de lo que es tecnología anticonceptiva, insumos- el objetivo es que se le pueda facilitar o acceder a preservativos. Y luego material de difusión. Pero lo que es una atención integral de su salud desde el programa, eso no. Desde los programas, el servicio no está pensado todavía desde lo que es la salud sexual y reproductiva. También... si por ahí uno entra por enfermedad o por prevención de algunas patologías, lo que es prevención de HIV SIDA... Bueno, ahí sí estamos trabajando en comunidad, con preservativos, estrategias preventivas. Lo trabajamos igual con mujeres” (Ent. Nº 1, Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable)

La inclusión de los hombres en la salud sexual y reproductiva está mostrando que las estrategias que convencionalmente se utilizaban en el área resultan inadecuadas para esta nueva realidad ya que, originalmente, han sido diseñadas pensando en y para las necesidades de las mujeres. Si se quiere que los varones se comprometan con la salud sexual y reproductiva, es necesario que dichas estrategias sean adaptadas y también que se creen otras que promuevan y atiendan las necesidades en salud sexual y reproductiva de los varones.

SERVICIOS DE SALUD ORIENTADOS A VARONES: OPINIONES Y RECOMENDACIONES DE LAS AUTORIDADES

Todas las autoridades entrevistadas consideraron que es conveniente y/o necesario que los servicios de salud sexual y reproductiva incluyan a los varones, diseñando estrategias específicas con el objetivo de promover la responsabilidad en cuanto al cuidado de la pareja.

“A: Yo creo que todas las acciones deberían apuntar también al varón, pero la principal víctima de esta situación es la mujer, el problema mas serio lo padece la mujer. Lo padece por falta de educación, de información, por los condicionamientos de su propia cultura o subcultura, por falta de medios. Y el hombre también por su grado de negligencia y responsabilidad y falta de educación e información

E: ¿Usted cree que deberían incluirse en la población objetivo?

A: Sí, Por qué justamente por esto, el hombre es más descuidado que la mujer y en algunos sectores la concepción que tiene el hombre de la mujer es de minusvalía, por lo tanto la mujer es víctima de patrones culturales y de la ignorancia del hombre. Afecta a toda la familia, hay que enfocarlo apuntalándolo a la familia y con mayor énfasis a los adultos que son los responsables.”(Ent. N° 4, Delegado Coordinador, Prov. de Santa Fe)

“E: ¿Usted considera que deberían incluirse los varones en al población objetivo?

A: Totalmente.

E: ¿Por qué?

A:: Porque es muy simple, desde un aborto que no es legal y que por otro lado siempre está el co-gestor de ese aborto y que es tan responsable como la mujer que hace el aborto, por ejemplo.”(Ent. N° 6, Jefa de Zona 2, Reconquista)

Al manifestarse a favor de la incorporación de los varones a los servicios existentes, implícita o –en algunos casos- explícitamente se está reconociendo que los programas actuales están enfocados en las mujeres y en la infancia.

Como bien nos señala una entrevistada, ni siquiera se podría decir que los actuales programas están centrados en las mujeres sino más bien en las madres. Según su opinión, las mujeres que no están en edades reproductivas están en la actualidad en una situación similar a la de los varones. Por esto, considera que, más importante quizás que la diferenciación entre servicios para hombres y para mujeres, es considerar las especificidades que los servicios deberían reunir considerando las necesidades de los distintos grupos etarios. En este contexto, son varios los entrevistados que se inclinan por lo que podríamos denominar un cambio de paradigma: poner el eje de los programas en las parejas en tanto las decisiones sexuales y reproductivas que tomen tienen consecuencias o implicancias para ambos.

Ahora bien, la incorporación de los varones a la salud sexual y reproductiva plantea un dilema central: ¿Se debe integrar servicios para hombres en los servicios existentes o se debe servir a los hombres en clínicas aparte, sólo para hombres? Cohen y Burger (2000) señalan que, en algunos países, la costumbre y la tradición indican las necesidades de servicios separados para los hombres; en tanto que en otros países han tenido éxito en la ampliación de servicios existentes. A pesar de esto, dichos autores reconocen que, en los casos de pacientes que necesitan atención para el cáncer, tratamiento para ETS/VIH/SIDA, atención de salud mental, terapia sexual y consejería puede ser más eficiente hacer requerimientos a servicios que están más allá de la esfera de acción del servicio de salud sexual y reproductiva (Cohen y Burger, 2000).

A diferencia de los anteriores, otros autores no dudan en recomendar directamente el desarrollo de servicios integrales de salud que tomen en cuenta las necesidades médicas de los hombres en cuanto a salud sexual y reproductiva (Nzioka, 2002; Mehta, 2002; Fuhi Snethlage, Tellería, y Mazuelos, 2000; Manzelli y Pecheny, 2002). En este sentido, Mehta (2002) señala que "los hombres deben ser tratados holísticamente", con lo cual también coinciden Warwick y Aggleton (2001) al referirse específicamente a los varones jóvenes. Es decir, desde esta visión los programas tienen más éxito cuando no se reducen a la salud reproductiva. Los hombres prefieren obtener, en un mismo lugar, varias alternativas de servicios, incluyendo control clínico general, tratamientos vinculados con problemas urológicos, disfunciones sexuales, ETS e infertilidad. Esto se debe a que, en la mayoría de los casos, los hombres se dirigen a los servicios médicos por otras razones que no son las consultas en salud reproductiva. Lo ideal es, entonces, aprovechar esa oportunidad para brindar información y servicios en salud reproductiva. Así, Mehta (2002) propone integrar los servicios de los hombres en las estructuras existentes: por lo tanto, no es necesario crear nuevas estructuras. Integrar a los hombres en los proyectos existentes vinculados a la planificación familiar mejora la sustentabilidad de los mismos (WHO, 2002). Según Mehta (2002), la clave está en adaptar los programas existentes para mujeres e incluir a los hombres, teniendo en cuenta que se deben seguir considerando las necesidades de las mujeres. En especial, este último aspecto (proveer servicios para varones que no anulen los

establecidos previamente para mujeres) es también resaltado por otros autores como Wynter (2002)

De manera similar a lo que muestra el estado del arte en relación con el modelo a adoptar (servicios de salud sexual y reproductiva para varones; servicios que contemplen integralmente la salud de los varones; etc.), las opiniones de nuestros entrevistados también se encuentran divididas: algunos entrevistados proponen que estos servicios que incluyan a los varones deberían articularse en un programa nuevo, específico, en tanto que otros consideran que tales servicios podrían integrarse dentro del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable y/o en la estructura de prevención y promoción de la salud.

Más allá de las apreciaciones a favor y en contra de uno u otro modelo, para la mayoría de las autoridades entrevistadas la decisión central pasa por hacer promoción comunitaria, con activa participación de la población para determinar sus preferencias, las necesidades de los hombres y el ambiente que utilizarían con más probabilidad y, por supuesto, los recursos disponibles. En cualquier modelo escogido, se debe considerar las actividades comunitarias con grupos de hombres y redes sociales informales, las cuales no deben sustituir intervenciones planeadas cuidadosamente. En este sentido, algunas autoridades proponen buscar nuevos espacios (tales como, por ejemplo, los clubes deportivos) en los que se puedan trabajar con los varones además de la escuela que ha sido el más explorado en este sentido. Asimismo, también resaltan la importancia de las estrategias de comunicación para hacer llegar información a los varones y de esta forma concientizarlos y lograr que se acerquen a los servicios de salud. En suma,

se trata de pensar estrategias para tratar de derribar los obstáculos que más frecuentemente impiden el acceso de los varones a la salud sexual y reproductiva.

Pero así como formularon recomendaciones respecto de cómo organizar los servicios que integren a los varones o qué hacer para promover la participación y el compromiso de estos últimos, las autoridades también volcaron su mirada en los proveedores y en ellas mismas como actores centrales del sistema y, por ende, con responsabilidades importantes en lo que respecta al éxito o fracaso de las medidas a adoptar. En este sentido, resaltaron el papel central de las autoridades al dejar en claro que todos estos cambios sólo requieren una condición: voluntad política. Y en lo que respecta al personal de salud en general también se recomendó formar a los proveedores en cuestiones de género, sensibilizarlos a fin de disminuir la estigmatización, discriminación y represión de las minorías, así como también reforzar las acciones destinadas a mejorar la calidad y el acceso a la salud sexual y reproductiva respetando la autonomía y los derechos humanos.

“E: Recién hablábamos de que ha habido una apertura en la población objetivo, ya sea mujeres y varones, pero justo también dijo que tendría que haber una apertura desde los efectores de salud o desde ese sentido, cómo se puede abrir...”

A: Muy simple, analizando el tema, yo siempre digo que en salud debemos pararnos y no pensar que es malgastar tiempo, sino reflexionar, al respecto de quien soy, dónde estoy, y qué entiendo por salud dentro de lo que es mi región o lo local, para poder hacer ajustes locales. Y en eso hay que meter, incluso veedores externos, si el equipo de salud no es tan interdisciplinario, pero cómo puedo poner veedores externos desde un psicólogo, un sociólogo o un asistente social o desde la misma comunidad, que puede ser un ladrillero, un albañil, una mamá cuidadora, no sé qué pero que analicemos qué queremos por salud y cuál

es la problemática que tenemos, entonces cómo hacemos, y el ajuste y el análisis de qué es lo que vamos a proponer como salud. Y sin querer estando y participando el equipo de salud tiene que ajustarse a movimientos actuales y no estancarse en el tiempo.” (Ent. Nº 6, Jefa de Zona 2, Reconquista)

CONCLUSIONES

En relación a los servicios existentes en salud sexual y reproductiva, se han señalado grandes avances pero también importantes desafíos aún pendientes. En lo que respecta a las fortalezas que detentan dichos servicios en la actualidad, la mayoría de nuestros entrevistados coincidieron en resaltar la disponibilidad de los recursos necesarios especialmente en lo que respecta a MAC e información (incluyendo aquí material gráfico). En cuanto a las principales debilidades, hubo consenso en señalar que las mismas están relacionadas con la falta de participación comunitaria, y consejería y prevención. En este mismo orden de cuestiones, especialmente las autoridades que se desempeñan a nivel local observaron obstáculos derivados de la falta de articulación entre las políticas nacionales, provinciales y municipales.

Si bien no fue señalada explícitamente por las autoridades como una debilidad o limitación de los actuales programas de salud sexual y reproductiva, la invisibilidad del hombre en las estrategias diseñadas en el marco de tales programas, indudablemente se presenta como un fuerte obstáculo no sólo en lo que respecta a la avance del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de toda la ciudadanía, sino también en lo que respecta al logro de mejoras en la salud y calidad de vida de la hombres y mujeres. Como ya señalamos oportunamente,

es necesario impulsar el compromiso del hombre con la salud sexual y reproductiva pero esto implica necesariamente promover su toma de conciencia como sujeto de derechos y obligaciones.

Las autoridades sí reconocen abiertamente que, si bien la normativa que dio origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable establece que el mismo está dirigido a la población en general, las acciones implementadas en la actualidad en el marco del mismo están dirigidas mayoritariamente –cuando no, de manera exclusiva- a la mujeres en edad de procrear y a los niños. En este contexto, las autoridades proponen no sólo integrar a los varones sino también a mujeres que ya han concluido su período reproductivo. Muchos de estos entrevistados proponen pensar en servicios dirigidos a parejas más que a individuos.

El avance que se pueda hacer para la inclusión de estos nuevos actores como sujetos de la prevención y atención de la salud reproductiva, a nuestro entender, va a estar muy vinculado al grado de desarrollo que se pueda lograr sobre uno de los aspectos de los servicios que las autoridades consideraron muy importante pero escasamente desarrollada a la fecha: la participación comunitaria y la consejería. A través de la consejería, el usuario aprende opciones y recibe educación e información sobre salud sexual y reproductiva, en general, y los derechos y responsabilidades de los varones en relación con la misma. Es así como la provisión de consejería permite convertir a los hombres en usuarios educados de servicios de salud para ellos mismos y para sus parejas.

Autoridades locales, provinciales y nacionales también parecen coincidir en otro aspecto: el amplio camino que falta aún por recorrer en materia de derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

Referencias

- Argentina. Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]. (2001). *Resultados generales, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. Provincia de Santa Fe* [CD ROM]. Buenos Aires: Autor.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/programa.asp.
- Arilha, M. (1999). Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. En K. Giffin, y S. Hawker (Orgs.), *Questões da saúde reprodutiva*, Río de Janeiro: Fiocruz.
- Cohen, S. I., y Burger, M. (2000). Alianzas con los hombres: Un enfoque nuevo en la salud sexual y reproductiva. *Informe Técnico de FNAUP*, 3, 1-258.
- Fuhi Snethlage, P., Tellería, J., y Mazuelos, Y. (2000). *El momento de involucrar a los hombres en salud sexual y reproductiva. Estudio exploratorio en Santa Cruz de la Sierra-Bolivia*. Bolivia: Centro de Investigación Social, Tecnología Apropriada y Capacitación.
- Infesta Domínguez, G. (2005). *Promoviendo el involucramiento y la participación de los varones en la salud sexual y reproductiva: insumos para la elaboración de una estrategia comunicacional*. Trabajo presentado en las

VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani.

López, E., Pantelides, E., y Findling, L. (2004). *Línea de base para el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Provincias de Catamarca, Corrientes, Formosa, San Juan*. Informe presentado al Programa Materno Infantil [PROMIN], Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Manzelli, H., y Pecheny, M. (2002). Prevención del VIH/SIDA en Hombres que tienen Sexo con Hombres. En C. Cáceres, M. Pecheny, y V. Terto (Eds.), *Sida y sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidad, fortalezas, y propuestas para la acción: perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Mehta, M. (2002). Communicating with men to promote family planning: lessons learned and suggestions for programming. En World Health Organization (Ed.), *Programming for male involvement in reproductive health: Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO (World Health Organization), Washington DC, USA. Washington, DC, USA, 5–7 September 2001* (pp. 42-53). Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67409/1/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf

Multisectorial de Mujeres de Santa Fe. (2008, julio). *Caso Acevedo: histórico procesamiento a los médicos que se negaron a practicar el aborto legal.*

Recuperado de <http://argentina.indymedia.org/news/2008/07/614897.php>.

Nzioka, C. (2002). Research on men and its implications for policy and programme development in reproductive health. En World Health Organization (Ed.), *Programming for male involvement in reproductive health: Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO (World Health Organization), Washington DC, USA. Washington, DC, USA, 5–7 September 2001* (pp. 143-152). Geneva: World Health Organization. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67409/1/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf

Warwick, I., y Aggleton, P. (2001). *Learning from what young people say... about sex, relationships and health*. London: University of London. Institute of Education. Thomas Coram Research Unit.

World Health Organization (2002). *Programming for male involvement in reproductive health: Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO (World Health Organization), Washington DC, USA. Washington, DC, USA, 5–7 September 2001.*

Geneva: World Health Organization. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67409/1/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf

World Health Organization [WHO]. (2002). *Background*. En World Health Organization (Ed.), *Programming for male involvement in reproductive health: Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive*

Health WHO/PAHO (World Health Organization), Washington DC, USA.

Washington, DC, USA, 5–7 September 2001 (pp. vii-x). Geneva: World

Health Organization. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67409/1/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf

Wynter, H. (2002). Male participation in reproductive health: a Caribbean

imperative. En World Health Organization (Ed.), *Programming for male*

involvement in reproductive health: Report of the meeting of WHO

Regional Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO (World Health

Organization), Washington DC, USA. Washington, DC, USA, 5–7

September 2001 (pp. 104-114). Geneva: World Health Organization.

Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67409/1/WHO_FCH_RHR_02.3.pdf

Formato de citación

Infesta, G. (2012). Varones y servicios de salud sexual y reproductiva: la visión de autoridades de salud en Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 106 – 141. Disponible en: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)

Notas

* Este trabajo es producto parcial de la investigación "Sexual and reproductive health services for men in Argentina: needs, availability and quality", con sede en el Centro de Estudios de Población (CENEP) (Buenos Aires, Argentina) y financiada por el Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Department of Reproductive Health and Research, Organización Mundial de la Salud (OMS). La dirección de la misma estuvo a cargo de la Dra. Edith A. Pantelides y la autora del presente trabajo se desempeñó como investigadora.

* Doctoranda del Programa de Sociología: Sociedad y Cultura Contemporáneas, Departamento de Sociología I, Universidad de Alicante, España. País de residencia: Argentina. Pertenencia Institución: Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, <http://www.sociales.uba.ar>; <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/>

ⁱ En tanto el Intendente de la Municipalidad de la Ciudad de Rosario pertenecía al partido Socialista, el gobernador de la provincia de Santa Fe así como el presidente de la Nación eran del Partido Justicialista.