

Ciudadanía sexual y atención primaria de la salud

Sexual citizenship and primary health care

María Teresa Bosio y Rossana Crosetto

Fecha de presentación: 09/04/20

Fecha de aceptación: 26/05/20

Resumen

En el marco de la irrupción de los movimientos feministas y LGBTTIQ+ que inciden en la agenda pública y del Estado, interesa compartir avances de una investigación¹ que recupera el universo de significados -creencias, sentí-pensares, conocimientos- de agentes sanitarios² de atención primaria de la salud (APS) del Municipio de Córdoba respecto a los derechos sexuales y (no) reproductivos; qué cambios, resistencias y desafíos se plantean en relación a la población que asisten en este contexto de movilización, ampliación y disputa de derechos; considerando que la inclusión de estos derechos en el campo de la salud fue y sigue siendo objeto de disputas de sentidos y negociación, en un proceso político dinámico y conflictivo.

Abstract

In the context of the emergence of feminist and LGBTTIQ+ movements that have an impact on the public and State agenda, it is interesting to share the progress of research that recovers the universe of meanings - beliefs, feelings, knowledge - of primary health care (PHC) agents in the Municipality of Córdoba with regard to sexual and (non)reproductive rights; what changes, resistances and challenges arise in relation to the population they assist in this context of mobilization, expansion and dispute of rights; considering that the inclusion of these rights in the field of health was and still is the object of disputes of meanings and negotiation, in a dynamic and conflictive political process.

¹ Proyecto El ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos en salud- Prácticas y representaciones de agentes de salud pública estatal de la ciudad de Córdoba (2018-2021). Directora: Rossana Crosetto. Co-Directora: María Teresa Bosio. Integrantes: Claudia L. Bilavcik, Ana M. Miani, Gladys Paola García, Gabriela González Ramos, Romina Basconcello, Paola Suau, María Florencia Godoy, Mónica Medina, Julieta Sánchez, Silvina Baudino, Celeste Bertona, Agustina Buffarini, Mónica Fuentes, Ana Morillo, María A. Paviolo. Aprobado y financiado por SeCyt-UNC.

² En 2018 se entrevistaron 51 agentes de salud con trayectorias y procesos de formación diversos: medicina, enfermería, trabajo social, psicología, área administrativa y residentes de salud familiar de 12 centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Palabras clave

Ciudadanía sexual, movimientos feministas, atención primaria de la salud, conocimientos y prácticas, equipos de salud.

Keywords

Sexual citizenship, feminist movements, primary health care, knowledge and practices, health equipment.

Cuerpos y política, sexualidades y derechos

En la modernidad, la producción social de la sexualidad se asocia al fortalecimiento de la medicina y del derecho. La primera, encargada del proceso de determinación de lo normal o patológico en la vida social, se vinculaba a la gestión de la vida biológica de las poblaciones y la segunda, al proceso de regulación de esa normalización. Ubicada como una práctica sexual heteronormativa-normal y ortodoxa, desde una perspectiva de unicidad según los cánones de la moral oficial, remite en términos foucaultianos a dos modalidades del ejercicio del poder en nuestras sociedades: por un lado, el poder que tiene como objeto las conductas de los sujetos (disciplina) y, por el otro, el que se ejerce administrativamente sobre el cuerpo-especie de las poblaciones (biopolítica).

La irrupción y emergencia de las luchas feministas de reconocimiento por derechos de ciudadanía, como una instancia de acción colectiva de protesta, resistencia y canalización de propuestas en el espacio público cuestionan, entre otras, las intersecciones biológicas, normativas y narrativas homogéneas y universales de prácticas sexuales obligatorias, que organizan la vida humana en sociedad, configurando un campo de disputa y tensión. Particularmente, la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en el campo de la salud, que fue y sigue siendo un proceso político dinámico y conflictivo.

La confluencia y articulación de estas demandas por la inclusión de nuevos derechos tiene una clara incidencia en las políticas públicas de salud –específicamente en la legislación sobre derechos sexuales y reproductivos– que incluye, entre otras cuestiones: i) el reconocimiento de identidades diversas a quienes estuvieron en la oprimente invisibilidad, negadas/os como sujetos y, ii) en las prácticas de intervención de las/os agentes sanitarias/os. No obstante, la habilitación formal de estos sujetos y sus derechos no implica una relación causal entre normas y prácticas, por lo que cabe preguntarse: ¿Cómo y cuánto el reconocimiento se hace efectivo en la práctica? ¿Y cómo tal reconocimiento contribuye a ampliar los procesos de democratización social y ciudadana?

La perspectiva e ideología colonial –hegemónica en las políticas sanitarias por lo general–, concibe las prácticas sexuales vinculadas a la procreación –reproducción biológica– y sus cuidados y no al ejercicio de la sexualidad, despolitizando la lucha en torno a los derechos sexuales. Como sostiene Pecheny (2007) “[...] la propia noción de derechos sexuales implica el reconocimiento del valor de la sexualidad para la realización personal, independientemente de si se asocia o no con el fin reproductivo y la salud” (p. 298). Asentada en el binomio varón/mujer, la otredad –personas no heterosexuales, niñas/os, viejas/os e incluso mujeres que no optan por la

maternidad— enfrentan mayores dificultades para ser consideradas en el marco de estas políticas y modelos de atención. No obstante, los movimientos feministas fueron –y continúan– empujando la agenda de esos derechos, ampliándola y disputándola en el marco de la ciudadanía sexual. Pero: ¿Qué significa la ciudadanía sexual?

La ciudadanía sexual, entendida como un sistema de derechos sexuales, es un modo de abordar este complejo tema e implica. Siguiendo a Di Marco (2012), un proceso político tendiente a establecer y ampliar los límites de inclusión de lo que es -o no es- ciudadanía, y se vincula con las relaciones de poder. El concepto de ciudadanía, en sus orígenes históricos, refiere a derechos universales que gozaban los varones, blancos y propietarios. La especificidad de la construcción del concepto de ciudadanía sexual se genera en un campo de lucha de las mujeres, heterosexuales, lesbianas, gays, travestis, transexuales, transgéneros, que ven sus derechos cercenados en función de sus identidades de género y sexualidades.

Cada derecho sexual ganado amplía otros derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales. Cuerpo y voz son las dos notas distintivas sobre las cuales se puede pensar la ciudadanía desde una episteme feminista. Si se tiene en cuenta esta perspectiva y nos situamos en el ámbito concreto de las condiciones de las mujeres y otredades para ser ciudadanas, uno de los obstáculos centrales a la participación política radica en el control de los cuerpos gestantes a través de la penalización del aborto, ubicando a las mujeres y las personas gestantes como portadoras de una ciudadanía incompleta, ya que no pueden decidir plenamente sobre el propio cuerpo. El fundamento de esta posición consiste en que la inclusión en la ciudadanía depende de relaciones de poder específicas, que si no se modifican, amplios sectores quedan excluidos, en este caso, las mujeres y la decisión sobre su propio cuerpo (Di Marco, 2012).

La ciudadanía sexual se reconoce en el contenido de las leyes y normativas específicas que se materializan en políticas públicas, siempre objeto de disputas y negociación de sentidos en el campo político y discursivo. En esas disputas conviven lógicas patriarcales y demandas de acceso a derechos de parte de la ciudadanía. Ejemplo de ello son las reivindicaciones asentadas en las perspectivas de género, crítica y decolonial que reclaman al Estado y visibilizan problemáticas referidas al embarazo no deseado, mortalidad materna, violencia de género e inclusión de las necesidades de los sujetos con sexualidades otras en las que las acciones “[...] *no son consideradas sólo como el cumplimiento de mandatos morales o políticos, sino como la vía escogida para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos[...]*” (Abramovich, 2006: 36).

La transformación de las demandas por estos derechos y la disputa en la arena de lo público de las organizaciones de mujeres, sexualidades disidentes y movimientos feministas devinieron en Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable en 2002, a la que paulatinamente adhieren los estados provinciales y municipales. En 2003, se puso en marcha el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), incorporando los derechos sexuales y reproductivos en la agenda de las políticas públicas del estado nacional. Esos

avances, que implican nuevas atribuciones como derechos, cambian la relación estado y sociedad, especialmente, para las mujeres y otras identidades.

Las instituciones de salud se ven atravesadas por esos cambios legales y formales y deben –deberían- procesar en su interior nuevos códigos organizativos y de gestión que protejan los derechos y no vulneren a los sujetos en sus identidades. No obstante, con el devenir del tiempo y en todos los planos: político, social, educativo, cultural, económico y tecnológico (Hopenhayn, 1993; Di Marco, 2009), persisten obstáculos vinculados al acceso y a las modalidades de intervención, despolitizando el asunto e intentando colocarlo nuevamente en el terreno personal, íntimo y privado. En consecuencia, la existencia de obstáculos de tipo ideológicos/personales, profesionales, legales y políticos nos hablan de las distancias entre la enunciación de un derecho y las posibilidades de su ejercicio.

Los marcos normativos y las políticas de salud sexual: disputas y avances de los feminismos acerca de (des)poseer las sexualidades

La relación público y privado enfrenta la persistencia y emergencia de nuevas tensiones y demandas en torno a los derechos humanos y a los derechos de las mujeres y personas LGBTTIQ+ en un escenario de afianzamiento del discurso neoconservador, centrado en la llamada ideología de género que ataca principalmente las construcciones feministas y de otras identidades, e intenta restringir su ciudadanía sexual, política, cultural y económica. A pesar de ello, de manera contingente, se producen procesos de dislocación de estos discursos acerca de los cuerpos, la heterosexualidad obligatoria, las maternidades, las familias, que conducen a la radicalización de la lucha contra el patriarcado y las fuerzas tradicionales que lo sostienen en los distintos órdenes de la vida social.

Estos discursos y potencialidades emancipadoras de múltiples relaciones sociales ponen en juego los géneros, las sexualidades y el poder, generando otros marcos de producción de sentidos, de apropiación subjetiva en la vida cotidiana, que se ven atravesados por la desigualdad de poder, frecuentemente naturalizada en la sociedad. Por ejemplo, el debate sobre la legalización del aborto legitimó su práctica en la opinión pública y favoreció que se instalara con más fuerza aún la demanda de separación de la iglesia y el Estado, como así también el discurso no esencialista de la sexualidad, sin vincularla a la reproducción y comprenderla en la perspectiva de los derechos sexuales (Di Marco, 2012; Pecheny, 2007).

Esos cruces entre el orden jerárquico, el modelo universal de ciudadanía y la lucha por la ciudadanía sexual y las autonomías de los cuerpos, nos permiten considerar algunas premisas que constituyen avances, pero también puntos de tensión en el tema que nos convoca:

- El reconocimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos desde el Estado como derechos sociales aplicables al campo de la salud. Esos derechos se convierten en parte de la

- agenda de compromisos nacionales e internacionales del Estado, lo que implica la efectiva aplicación e implementación de políticas públicas.
- El corpus normativo con enfoque de derechos aprobado y reglamentado en nuestro país en las últimas décadas: documentos, tratados y resoluciones que los aseguran, consagran y garantizan
 - Ley Nacional 25.673/02 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable—constituye un avance significativo resultante de la acción de distintas organizaciones, movimientos sociales y políticos que instalan en la agenda política y en los debates públicos, la discusión y efectiva asistencia sobre los mismos. Sin embargo, estos derechos y políticas conviven en una relación conflictiva y contradictoria, con la persistencia de obstáculos materiales y simbólicos en las intervenciones estatales (políticos, éticos, morales-ideológicos, administrativo-burocráticos).
 - En la provisión de servicios en salud pública, entra en juego –en las intervenciones de agentes sanitarios— la implementación de estos acuerdos jurídico-normativos y político-culturales. Actos e intervenciones que no son neutrales, naturales, mecánicos, ni ahistóricos, sino mediados por las propias representaciones de las/os agentes: creencias, valores, percepciones, sentipensares frente a los problemas de sujetos que demandan su resolución.

Las intervenciones de las/os agentes estatales son configuradoras no solo de hábitos institucionales, sino también de hábitos referidos a las trayectorias sociales, ideológicas y de sus propios campos profesionales³. Como sostienen Bourdieu y Wacquant (2005), las estructuras de dominación se reproducen por el trabajo sostenido y continuado al que contribuyen agentes e instituciones; de allí la importancia de detenernos en este tema en tanto las tomas de posición frente al asunto habilitan o constriñen procesos vinculados al reconocimiento de la salud sexual y (no) reproductiva como un derecho en salud y de derechos humanos.

Retomando a Bourdieu (2007) y Umaña Araya (2002), entendemos que el concepto de representaciones unifica e integra lo individual y colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción en un momento histórico determinado, de acuerdo a la posición ocupada dentro de la estructura social (trabajadoras/es asalariadas/os, portadoras/es de poder y saber profesional e intelectual, entre otras). De este modo, nos permite analizar los sistemas cognitivos, sentidos y significados que los sujetos producen del mundo en que viven a partir de sus posiciones y trayectorias (experiencias previas) en el contexto socio-cultural; reconstruir qué saben, tanto en términos de conocimientos e información sobre la normativa, políticas y programas vinculados al objeto de estudio, como también las interpretaciones, creencias, opiniones, prejuicios, ideologías, vivencias, valores presentes que operan como sistemas de códigos, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas. Estas

³ Para un mayor desarrollo del tema ver Crosetto y Johnson (2016).

constituyen “la conciencia colectiva, la cual en su proceso de reconocimiento instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las personas actúan en el mundo” (Umaña Araya, 2002:11.)

Los derechos sexuales y (no) reproductivos: sentidos y prácticas de agentes de salud

En nuestro estudio⁴ en torno a las representaciones –discursos y sentidos– de las/os agentes de salud dentro de la estructura institucional de atención primaria de la salud, hemos visto que el “sentido práctico” o la actitud para moverse, actuar y orientarse según la posición ocupada en el espacio social, la lógica del campo y de la situación, pueden generar procedimientos administrativos/ profesionales que habilitan o constriñen procesos vinculados al reconocimiento de la salud sexual y (no) reproductiva como derecho.

Al respecto, los aportes de Brown (2009, 2014), quien aborda desde lo teórico y político la conjunción cuerpo y política, sexualidad y derechos para la construcción de autonomía como punto nodal para la ciudadanía de las mujeres y otredades, nos permite analizar que existen diferentes sentidos que atraviesan los discursos de las/os expertas/os, y mecanismos para efectivizar las prácticas; poniendo en juego las luchas por lo instituido –abroqueladas en discursos y prácticas conservadoras– y lo instituyente, como movimientos y procesos de emancipación social, como rupturas que tienden a repolitizar en tanto son concebidos como derechos de ciudadanía, más precisamente de ciudadanía sexual.

El consenso se asienta, primordialmente, en la reproducción. Entendida como derecho al control de la procreación, y la seguridad de no contagiarse de enfermedades de transmisión sexual. El modelo de atención centrado en la atención de los cuerpos de las mujeres - madres o futuras- y en un abordaje de la consulta individual, responde a la lógica de una sexualidad normativa, supuestamente natural, y reproduce la concepción de familia nuclear y heterosexual. Son muy pocos los varones que se acercan a los centros de salud para resolver o informarse sobre estas cuestiones y no se explicitan demandas de otras identidades, en sus deseos de reproducción o de maternar, en el primer nivel de atención.

Esta perspectiva orienta y condiciona la accesibilidad a los recursos y modos de atención en relación a los turnos, a la disponibilidad de la escucha, que también está mediada por el campo profesional de pertenencia. Así, quienes tienen una formación desde la medicina comunitaria, familiar o generalista, la psicología o el trabajo social, disputan algunos criterios para la atención con otras especialidades, como por ejemplo ginecología; muchas veces legitimadas por las propias matrices socio-institucionales.

⁴ Estudio cualitativo situado en la ciudad de Córdoba que abarca tres dimensiones: i) jurídico-normativa, ii) político-institucional, iii) prácticas y representaciones de agentes de salud que trabajan en 12 centros de APS del municipio capitalino de las seis (6) zonas sanitarias. La muestra se seleccionó en base a criterios teóricos, de accesibilidad y composición de los equipos de salud, dada la heterogeneidad de los mismos. Todos cuentan con medicina- distintas especialidades-, enfermería, administración y sólo algunos, además de las mencionadas, con psicología, trabajo social y residentes de salud familiar.

Retomando aportes de autoras feministas decoloniales (Bidaseca, Carvajal, Mines Cuenya y Núñez Lodwick, 2016; Ciriza, 2015; Lugones, 2008; Segato, 2015, 2016) que en sintonía con Quijano (2000) recuperan la conjunción de las nociones de colonialidad del poder y del saber, señalamos que las disputas por el poder en el campo de la salud siempre están en estado de conflicto y desde las miradas hegemónicas, el sexo involucra las relaciones sociales que disputan el control del placer y la descendencia en función de la “propiedad”.

La anticoncepción es concebida como prevención de embarazos y de enfermedades/infecciones de transmisión sexual (sífilis, VIH), poniendo énfasis en “aprovechar la oportunidad”. El objetivo de la reducción de la maternidad adolescente y de la morbilidad materna en el campo de la atención primaria es un eje que atraviesa el modelo de atención en todas las profesiones. Las mujeres que llevan a sus niñas/os al control del “niño sano”, las jóvenes que son acompañadas por sus madres o van solas, se las recibe y se les da la información que solicitan para llevar adelante sus elecciones. No obstante, también evidenciamos algunas tensiones que se expresan en diferentes criterios profesionales para su atención, según campos disciplinares. A modo de ejemplo, las/os médicas/os ginecólogas/os expresan criterios diferentes vinculados a la especialización y la experticia en determinados estudios y diagnósticos referidos a la salud (no) reproductiva (como el papanicolau, el dispositivo intrauterino, el implante), base de sustentación de su legitimación de poder respecto a quienes provienen de la medicina generalista, familiar o salud comunitaria.

Respecto a la sexualidad, prima la creencia de lo íntimo como asunto privado. Sin embargo, el derecho al ejercicio libre, responsable y placentero de la salud sexual se objetiva en algunas/os profesionales como dimensión de abordaje desde una perspectiva más integral ligada a la autodeterminación sexual y separada de la procreación. Las/os entrevistadas/os refieren que la población que concurre, no plantea dudas o intereses desde una perspectiva más integral como demanda, sino que acuden al centro de salud en búsqueda de respuestas desde el paradigma hegemónico de la salud. Tampoco ellas/os indagan demasiado y desde sus valores y vivencias, trasladan la responsabilidad a los sujetos aduciendo “temores”, “pudores” a discriminaciones vinculadas a la proximidad barrial, a mostrarse desde otras identidades sexo-genéricas, como trabajadoras sexuales; concepciones fuertemente arraigadas a estereotipos y prejuicios.

En torno al derecho a recibir una atención de salud accesible, aceptable y de calidad, se construyen relatos y argumentos mediados por valores, creencias, saberes y conocimientos acerca de los sujetos y sus necesidades que atraviesan las prácticas de intervención, generando disputas y tensiones al interior de los equipos de salud. Por un lado, la mirada paternalista de quién sabe sobre quién no sabe, quién resuelve situaciones y dispone de recursos según sus propios criterios, ubica a los usuarios como sujetos de protección y cuidados y, por el otro, miradas críticas en torno a las concepciones e intervenciones orientadas hacia la búsqueda de oportunidades de hacer con otras/os y a deconstruir (se).

En este marco, el abordaje de la salud sexual y reproductiva concebido como un dispositivo biologista, restringe la libertad de decidir sobre el propio cuerpo (autonomía sexual) de las

personas y se centra en un modelo de atención individual que prioriza la prevención y atención de las enfermedades. La otra perspectiva, centrada en el enfoque de derechos, ubica a los sujetos como protagonistas, con autonomía y libertad de elección informada y oportuna en sus decisiones. Las elecciones exclusivamente vinculadas a la heterosexualidad entran en disputa con los derechos vinculados a la autodefinición y el desarrollo de identidades (derecho a ser gay o lesbiana) y también al acceso a la atención y a los recursos en salud, acrecentando las brechas de desigualdad en el espacio local.

La autonomía en el desempeño profesional, en tanto toma de decisiones en el marco del consultorio y en la tarea cotidiana, da cuenta de esas heterogeneidades de argumentos y percepciones que se expresan en las prácticas y modos de abordaje en referencia a la sexualidad. Los espacios colectivos de construcción de la agenda de salud sexual y reproductiva no son prácticas habituales desde la política pública, por lo que la articulación y la disputa, muchas veces, corren por cuenta de los conocimientos, posiciones y acuerdos que se construyen entre agentes. Los modos de construir y significar al/la otro/a de las/os profesionales tiene que ver con prejuicios, con posiciones morales y profilácticas, embarazos adolescentes o responsabilidades en el cuidado frente a disponibilidad de recursos.

En palabras de una residente de salud familiar:

“Es una disputa, porque nos llegan pacientes a veces a nosotros [...] la semana pasada me paso... que lo expuse en reunión de equipo, lo compartí esto de una mujer, que vino y me dijo “vine porque tuve que sacar turno y faltar al trabajo porque me dijeron que no me iban a colocar más el inyectable si yo no me hacía el papanicolau”. Y yo le digo ¿Quién te dijo eso? [...] buenísimo que te viniste hacer el Papanicolaou -que le correspondía hacerse- pero le digo, esto no es una cuestión de que te van a dejar de colocártelo si es que no te haces el PAP, no te pueden dejar de colocar el inyectable. [...] Hay reuniones de equipo, pero en las reuniones no se discuten las prácticas, eso pasa. Acá, cada uno maneja su consultorio y lo que hace en su consultorio [...]” (Residente en medicina familiar 1).

La articulación de demandas por la lucha de la legalización del aborto en Argentina atravesó las discusiones y debates en los centros de atención primaria de la salud municipal de diferentes maneras: en algunos se centró en las reglas, la moral y las costumbres, en el patrón instalado de matriz heterosexual, en las tradiciones de la lógica binaria varón/mujer, hetero/homo, público/privado y en el temor a amenazas punitivas frente a la norma; lo que dejaba afuera la posibilidad de pensarlo desde una perspectiva de política pública en salud y de ciudadanía sexual. En otros, no se abrió la discusión para evitar se generen malestares y enfrentamientos en los equipos. Se opta por respetar las posiciones morales y no disputar posiciones políticas que den cuenta del tema, aunque las tensiones y conflictos estén latentes como eje de un expansivo movimiento feminista. Coincidimos con Di Marco (2012) cuando afirma que estas cuestiones desafían a los sectores tradicionales. La escisión sexualidad-placer/procreación amenaza la

noción de vida desde la concepción, punto central del debate tradicional. Para otras/os, los debates interpelan las propias concepciones y prácticas de intervención profesionales –como la inequidad de género y generacional en las problemáticas de la atención primaria de la salud– repolitizándolas como asunto ético y como parte de luchas colectivas y estrategias emancipatorias, que “han obligado a reformular la categoría de ciudadanía, no sólo para las mujeres sino también para los varones” (Gutiérrez, 2004:131).

El acceso a la salud sexual se produce en el marco de representaciones ligadas al/la sujeto como paciente, que bajo los criterios de normalidad universal debe evitar “situaciones de riesgo”, por lo que se excluye toda diferencia de relación con el cuerpo, el placer y la sociedad. Uno de los riesgos es el embarazo “no deseado”, no planificado, que cuando ocurre y la mujer acude a los centros de salud, también según criterios diferentes, éstos pueden acompañar o no la interrupción. En este sentido, Umaña Araya (2002) resalta que las matrices socio-estructurales y los entramados materiales en los que están inmersas las personas, definen su visión de la realidad social, sus claves interpretativas a una serie de condicionantes que expresan sus inserciones en la trama socioeconómica y en el tejido relacional. Si lo analizamos desde el punto de vista de las representaciones, veremos que esta situación limita (o no) el acceso a la efectivización de derechos.

Tensiones, conflictos y aprendizajes de agentes de salud: interpelaciones por los movimientos feministas y sus agendas

La puesta en agenda pública de la ciudadanía sexual de mujeres y de otras identidades sexuales por parte de los feminismos y organizaciones sociales, atraviesa la dinámica cotidiana de la mayoría de las/os agentes en centros de salud municipales más vinculados a cuestiones morales en unos y desde una perspectiva de derechos en otros. Entre las/os agentes entrevistadas/os encontramos que varias/os son parte del Movimiento de Profesionales por el Derecho a Decidir y, en ese marco, acompañan a las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos. Sus argumentos se ubican en el marco de lo que dispone el Código Penal en su Artículo 86 y en la perspectiva de disminución de riesgos y daños, ofreciendo información pertinente y segura, de modo de evitar que esa interrupción signifique un riesgo a la salud reproductiva de las mujeres que transitan por un embarazo no deseado. Estas/os profesionales disputan sentidos y prácticas en la medida que son parte de procesos colectivos y de movimientos feministas como la Campaña por el Derecho al Aborto Legal.

“Y lo debatimos varias veces y hubo algunas diferencias, porque el equipo está abierto, está incluida hasta la mujer que limpia, lo debatimos entre todos [...] algunos estaban a favor de una, dos o tres vidas [...], los cuatro médicos y bueno alguien de enfermería estamos a favor, todos acordamos con esto [...] Pero al momento de la consulta somos nosotros los que

estamos ahí, la administrativa sabe que si consultan por eso nosotros estamos disponibles, somos abiertos y se discute...” (Médico generalista 1).

“En el centro de salud no me parece que estén uniformados en una sola posición, se habló pero desde lo informal entre compañeros, pero no en reuniones de equipo; y creo que es necesario que se hable institucionalmente, porque es una cuestión que está y va a seguir existiendo. O nos tapamos los ojos o no nos tapamos los ojos, esa es la cuestión [...]” (Médico generalista 2).

De los testimonios se desprende que la dimensión moral atraviesa perspectivas, percepciones y auto-referencias de vida de modo naturalizado, trascendiendo posiciones en el campo laboral. La perspectiva de derechos aparece más vinculada a profesionales que asocian sus conocimientos y percepciones al activismo militante, buscando intersticios para ampliar la efectivización del derecho por canales no institucionales (el acompañamiento, el teléfono, la derivación, etc.)

Desde la Dirección de Atención Primaria de la Salud municipal, y en articulación con la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, se realizaron instancias de formación colectivas y voluntarias en el marco del debate por la legalización del aborto; temas como objeción de conciencia, disminución de riesgo y daño en salud reproductiva, uso del Misoprostol, van permitiendo avances en relación a la atención de esta demanda, desde un encuadre de derechos reproductivos. La Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba se pronunció a favor de la accesibilidad al derecho de interrupción legal del embarazo durante el año 2018 y posibilitó la disponibilidad del Misoprostol en los centros de salud, en el transcurso del año 2019. Como ya dijimos, existen distintas perspectivas en relación a este tema y depende de la posición de las/os responsables de cada centro el que sea parte de una agenda de formación y debate o un problema moral que no se aborda para no generar conflictos y rupturas.

“[...] venimos con el chip viejo, y cuando hablamos desde la perspectiva del derecho, tanto a la salud sexual como la asistencia, de todos los derechos. Pensar todo desde la perspectiva de derecho sí nos modificó, te cambia la cabeza [...] en el 2015 ya estábamos discutiendo sobre la interrupción legal, fueron dos capacitaciones, pero qué más que nada era abrir el juego a estas discusiones, para encontrar otras alternativas. Siempre insisto con la perspectiva de derecho. Hay que tener en cuenta, que dentro de la DAPS hay mucha gente que tiene la cabeza cerrada, nosotros los médicos tratamos de tenerla más abierta, ir disputando con otros [...]” (Médico generalista 1).

Las/os profesionales de enfermería muestran mayor diversidad de posiciones, miradas y conocimientos provenientes de diferentes trayectorias formativas. En todos los centros de salud ocupan una posición central en la aplicación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. El contacto continuo y cara a cara con la población en la entrega de métodos anticonceptivos, la

colocación de inyectables, entre otros, es aprovechado de diferentes maneras según cada profesional y no siempre visualizado como un espacio de construcción y reconocimiento de derechos.

“[...] a las capacitaciones de salud sexual y reproductiva llaman a la ginecóloga por lo general [...]” (Enfermera 1)

“[...] estaría bueno que haya capacitaciones, aunque sea una vez al año, total hay cosas que no cambian, pero... esta bueno como para también refrescar, y me gustaría también que todos lo hagan no solamente uno o dos, que todos, si se va a hacer atención primaria que todos, todo el mundo tiene que hacer...” (Enfermera 2)

“[...] yo estoy tratando todavía de empaparme sobre todo lo que se viene, de hecho de la derechos de estas siglas LGBTTIQ+, que cada vez se agregan más siglas, antes era lgbt y ahora ya a veces para asesorar puede que me estén faltando algunas cuestiones sobre las relaciones de derecho de género y demás puede que me falle en algo...” (Enfermero 3)

El personal de administración da cuenta de escasas instancias de formación o capacitación en el tema de salud sexual y reproductiva y sus posiciones se van construyendo a través de la participación en las reuniones semanales del equipo, en las que se discuten algunas estrategias de acceso por parte de las/os profesionales. Inferimos que, en general, desarrollan sus tareas desde lo resuelto por otras/os, ocupando un lugar relegado en las decisiones acerca de la aplicación del programa, si bien son sujetos clave para la accesibilidad y la producción de información sobre el tema, en tanto constituyen la “puerta de entrada” de cada centro de salud. El siguiente relato muestra un denominar común en los discursos de estas/os agentes:

“Con respecto a la ley de salud sexual y reproductiva la verdad es que honestamente es tanto el trabajo que tengo que no me he tomado el tiempo de leerlo, sé que nos ha ofrecido un taller o un curso para eso [...] pero no tengo mucho muy no tengo muy en claro el tema de la ley...” (Administrativa 1)

En las entrevistas identificamos que cuando las/os profesionales con trayectorias y formaciones más integrales en salud (trabajo social, medicina familiar o generalista, psicología) abordan situaciones complejas (violencia familiar, consumo problemático, embarazos no deseados, embarazo adolescente, entre otros), apelan a los determinantes sociales para contextualizar a los sujetos.

“[...] con la visión que tiene uno formado como médico de familia, médico generalista, es entender que la salud sexual es un derecho, de las personas y básicamente por eso que uno trabaja...” (Médico generalista 4).

Otra referencia a destacar es la inclusión y aportes de estudiantes y/o residentes, lo cual supone renovaciones que, dependiendo del equipo de salud, pueden escucharlas o no: *“Creo la importancia que tienen los equipos completos y que haya no solamente diferentes tipos de profesiones sino diferentes edades conviviendo, a mí me parece que la cuestión generacional es importante porque hubo fuertes discusiones en el equipo [...]...” (Trabajadora social 1).*

Cabe preguntarse si la renovación de formas de mirar los derechos y las prácticas de acceso provienen, mayoritariamente, de espacios de formación por fuera de la estructura estatal del sistema de salud, cuando encontramos las siguientes expresiones:

“Desde la formación nos inculcan [...] que tenemos que preguntar no solamente a qué vienen, el motivo de consulta, sino preguntar mucho la dolencia, hay una formación que tenemos en cuenta lo que le preocupa a la persona, siempre digamos... por ahí nuestra tutora, si se nos pasó algo nos llama la atención. La persona nos dice: si es ama de casa, con quién vive... manejamos mucho el familigrama - el arbolito ese con quién vive- y dentro del familigrama, nosotros tenemos estrategia de preguntas disparadoras para saber si hay violencia. Por ejemplo ¿cómo te llevas con tu marido? ¿Toma alcohol tu marido? ¿Sale mucho el fin de semana? ¿Alguna vez estuviste en una situación...? La pregunta de violencia es obligatoria digamos ¿alguna vez estuviste en una situación que sentiste que estuviste violentada? No que te pega, sino que te levanta el tono de voz, que te trata mal, que no te deja manejar plata, toda esa cuestiones así [...]” (Residente 2).

La formación en salud comunitaria y familiar construye un modo de pensar/hacer diferente al hegemónico en salud. Es recurrente el relato vinculado a la diversidad de criterios y las dificultades de generar espacios de debates acerca de otros abordajes o modelos de atención en el espacio de reunión de los equipos de salud:

“[...] es parte de mi militancia... ideológicamente yo creo que es un construir diario, porque también, hay muchas cuestiones que uno tiene y que te vas dando cuenta de prácticas no tan buenas, que siempre hay algo que mejorar; siempre hay estrategias cuestiones ahí que resolver, y a volver a ver, y darle una vuelta de rosca a esas cuestiones que bueno... Me involucro completamente y además ginecología es como el área más fuerte... y también en donde más cómoda me siento, atendiendo mujeres... como en ese sentido me atraviesa un montón. Siempre desde un marco del enfoque de derecho, que es desde donde nos basamos para laburar con la gente [...]” (Residente en salud familiar 3)

En este caso, hay un posicionamiento político y sanitario de estas/os agentes, siendo la formadora quien habilita el debate y las prácticas referidas a los derechos sexuales y reproductivos, esto es, generados en otros espacios por fuera del centro de salud y los circuitos institucionales.

En la heterogenidad de discursos identificamos que en aquellos centros de salud donde se habilita la discusión sobre las miradas y circula información, se interpelean las modalidades de intervención, entra en tensión lo nuevo e instituyente con lo instituido, acercándose a una concepción de ciudadanía sexual que en términos de derechos sexuales ha significado para el feminismo y para el movimiento LGBTTIQ+ la demanda en torno al control del propio cuerpo, la seguridad, la propia definición sexual, el reconocimiento público de las identidades y estilos de vida, la legitimidad de la agencia y del placer y el acceso pleno al conjunto de derechos de ciudadanía en contraposición a las resistencias político-culturales que vinculan la salud sexual y reproductiva a la biologización y cuidado de los cuerpos (control antes, durante y después del embarazo, prevención de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, entre otras).

“[...] no es unánime en términos de miradas del equipo. La mayoría tiene que acceder a su derecho que es el método, es más hay normativas [...] uno puede plantear que no es necesario acceder a los estudios para poder tener el método. Pero bueno eso va dependido de los equipos, nosotros acá hemos encontrado métodos anticonceptivos bajo llave, hemos encontrado gente que dice ¡si vos no te haces el pap no podes acceder al método [...]” (Trabajadora social 1).

“[...] entró como enfermera hace 7 u 8 años y como enfermera nos sirve el 50% porque ella es de una iglesia que no le permite poner anticonceptivos, así que si [...] falta hoy no tenemos quien ponga los anticonceptivos. No entrega anticonceptivos y eso te resta en un equipo de estos”. “[...] ella tiene un memorándum donde dice que nuestra dirección le da esa posibilidad [...]” (Administrativo 3).

La ciudadanía sexual: rupturas con el modelo hegemónico de la profilaxis

A modo de cierre, retomamos a Brown (2009) quien estudia los cambios históricos sobre los derechos sexuales y (no) reproductivos, vinculándolos a los espacios públicos y privados. En este sentido, recupera el análisis de Benhabid sobre esta dicotomía desde un proceso dialógico, considerando el espacio público como el lugar donde se discute la legitimidad y legalidad de los derechos.

“De allí que fuera necesario un movimiento político que discutiera y redefiniera lo político en el sentido mismo de la política para que los asuntos vinculados con el cuerpo, la sexualidad y la

fecundidad de las mujeres se considerara un tema relevante a ser discutido en el espacio público y político. Eso es lo que el movimiento de mujeres y feministas producen sobre todo desde mediados del siglo XX, en consonancia con otros movimientos políticos, al poner en debate en el espacio público la cuestión de la sexualidad y la reproducción (o no) bajo el lema lo personal es político” (Brown, 2009: 20-21).

Es el movimiento feminista, que junto a otros, desde hace cuatro décadas pone a la sexualidad como una dimensión de lo público y como un derecho a ser reconocido por la sociedad, el Estado y sus políticas públicas. Los avances de nuestra investigación dan cuenta que existen fronteras porosas entre lo público y lo privado en la atención primaria de la salud (APS) en torno a la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción. Las narrativas de las/os agentes de salud muestran discursos y sentidos políticos-ideológicos no homogéneos que se traducen en actos e intervenciones, ya sea desde la profilaxis para evitar riesgos a nivel individual, ya sea desde un abordaje integral más comunitario, educativo y dialógico. En otras palabras, se evidencia que estos asuntos siguen formando parte de un terreno de disputas y contradicciones no sólo entre agentes diversos, sino incluso al interior de los propios testimonios de cada agente.

El abordaje de la salud sexual y (no) reproductiva desde una perspectiva integral en APS y articulado en territorio con otras instituciones como las escuelas, los centros comunitarios u otros espacios, como ya mencionamos, no forma parte de la política de salud en sentido estricto, aunque es un lineamiento de la estrategia de atención primaria de la salud (participación y planificación local). Aparece solo en algunos centros de salud como experiencias posibles de desarrollar, porque cuentan con un equipo en el que participan diferentes profesiones, lo que favorece y potencia el trabajo en red con dichas organizaciones territoriales. En otros, que cuentan con inserción del Programa de Salud Familiar y Comunitaria, donde hay formadoras/es y residentes, el abordaje comunitario se realiza como parte del proceso de formación y no como actividad programática del centro de salud. Y en los restantes centros de salud, que son la mayoría de los que han sido incorporados en este estudio, las/os entrevistadas/os refieren que estas estrategias de intervención comunitarias son poco viables ante la demanda asistencial espontánea que cada zona programática exige, y la poca disponibilidad de profesionales para tal tarea.

Los feminismos y otros movimientos populares, articulados con las/os trabajadoras/es de la salud⁵, han incidido en los últimos años para que el acceso a la salud sexual en los territorios sea un derecho y en ese marco puedan pensarse estrategias para hacerlo efectivo. Si bien sabemos que las sexualidades y las miradas sobre los sentidos de las mismas es una agenda de disputas, el acceso a los métodos anticonceptivos se garantiza con vaivenes, acorde a la coyuntura política y económica no sólo municipal, sino también nacional. La toma de decisiones de las/os sujetos

⁵ Un ejemplo de ello es la creación y conformación de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en el marco de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Son más de 1000 agentes de diferentes profesiones en todo el territorio nacional, que facilitan el acceso a prácticas anticonceptivas y la interrupción legal del embarazo (ILE).

aparece como prioridad de la atención, aunque continúa primando una mirada centrada en el binarismo (mujeres madres / varones,) y las “otredades”, son escasamente visibilizadas en los diferentes territorios y muy poco problematizadas, deconstruidas por las/os agentes sanitarias/os para pensar intervenciones flexibles y alternativas frente a la pluralidad de sujetos.

En la actualidad, las tensiones que se producen en el campo de la salud están relacionadas con la fuerza y energía de los movimientos feministas para construir la agenda de derechos en todos los campos: laborales, sexuales, reproductivos, políticos. La disputa de sentidos acerca de los lugares y roles que las mujeres y otras identidades han ocupado tradicionalmente en la sociedad, permite que se construyan otros modos de pensar (nos) y transformar los sentidos, relaciones y prácticas sociales. El sistema de salud es un campo que tiene que incorporar este debate político para transformar sus abordajes hegemónicos y posibilitar desde una perspectiva de derechos un enfoque integral de la salud y, en particular, de la salud sexual y (no) reproductiva.

Referencias bibliográficas

Abramovich, Víctor (2006): Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. En *revista de la CEPAL*, abril, pp. 35 - 50. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11102/1/088035050_es.pdf Fecha de consulta: 10/03/2019.

Bidaseca, Karina; Carvajal, Fernanda; Mines Cuenya, Ana y Núñez Lodwick, Lucía (2016): La articulación entre raza, género y clase a partir de Aníbal Quijano. Diálogos interdisciplinarios y lecturas desde el feminismo. En *Papeles de Trabajo*, 10 (18), pp. 195-218. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5875347> Fecha de consulta: 06/04/2020.

Bourdieu, Pierre (2007): Estructuras, habitus, prácticas. En *El sentido Práctico*. Siglo XXI Ed. Buenos Aires.

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic (2005): Una invitación a la sociología reflexiva. Siglo XXI Ed. Buenos Aires.

Brown, Josefina (2009): Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. *Sexualidad, Salud y Sociedad- Revista Latinoamericana*, 2,10-28. Rio de Janeiro. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322969002>. Fecha de consulta: 01/09/2018.

_____ (2014): Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006). Ed. Teseo. Buenos Aires..

Ciriza, Alejandra (2015): Construir genealogías feministas desde el Sur: encrucijadas y tensiones. *MILLCAYAC. Revista Digital de Ciencias Sociales*. Vol. II, N° 3. Centro de Publicaciones. FCPyS. UNCuyo. Mendoza. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/41708/CONICET_Digital_Nro.817b9736-b245-4a73-b443-840dd5533b71_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y Fecha de consulta: 07/03/2020.

Crosetto, Rossana y Johnson, Cecilia (2016): El campo de la salud y el Trabajo Social: disputas en torno al reconocimiento de los derechos sociales en la provincia de Córdoba. En La Serna, Carlos (Coord.)... [et al.], *Estado, política pública y acción colectiva: praxis emergentes y debates necesarios en la construcción de la democracia*. 1ª ed. Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de: <https://blogs.unc.edu.ar/doctoradoaypp/files/e-book-coloquio-iifap-final.pdf> Fecha de consulta: 06/07/2020.

Di Marco, Graciela (2012): Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina. En *SER Social*, V.14, N°30, p. 210-243, jan. /jun. Brasilia. Recuperado de: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12830/11203 Fecha de consulta: 11/04/2020.

_____ (2009): Movimientos sociales y democracia radical: Lo público y lo privado. En Hoetmer, Raphael (Coord.), *Repensar la política desde América Latina. Cultura, Estado y movimientos sociales*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

Gutiérrez, María Alicia (2004): Iglesia Católica y política en Argentina: el impacto del fundamentalismo en las políticas públicas sobre sexualidad. En *Diálogos Sur- Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*. Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile, Universidad

Hopenhayn, Martín (1993): "El humanismo crítico como campo de saberes sociales en Chile". En: Brunner, José Joaquín, Hopenhayn, Martín; Moulian, Tomás; Paramio (Ed.) *Paradigmas de conocimiento y práctica social en Chile*. Ed. FLACSO. Santiago de Chile

Lugones María (2008): Colonialidad y Género en Revista *Tabula Rasa* N° 9: 73-101 Bogotá Recuperado de <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05>. Fecha de consulta: 15/04/2019

Pecheny, Mario (2007): La ciudadanía sexual: derechos y responsabilidades relativos a la sexualidad y el género. En Calvo, Ernesto y otros (comps.), *La dinámica de la democracia. Representación, instituciones y ciudadanía en Argentina*. Prometeo. Buenos Aires.

Quijano, Anibal (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. En *Journal of world-systemsresearch*, Vol. XI, N°2, summer/fall: 342-386. SpecialIssue: Festchriftfor. Recuperado de: http://jwsr.pitt.edu/ojs/public/journals/1/Full_Issue_PDFs/jwsr-v6n2.pdf

Fecha de consulta: 17/02/2019.

Umaña Araya, Sandra (2002): Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *FLACSO Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127, 1-84. Recuperado de: https://flacso.or.cr/wp-content/uploads/2020/07/ccs_127.pdf Fecha de consulta: 10/03/2019.

Segato, Rita (2016): La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda. Editorial Prometeo libros. Bs. As, Argentina.

----- (2015): La norma y el sexo: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonialidad. En Belausteguigoitia Rius, Marisa y Saldaña-Portillo María Josefina (Coords.), *Des/posesión: género, territorio y luchas por la autodeterminación*. Ed. UNAM, México.

Cita recomendada

Bosio, M. T. y Crosetto, R. (2020). Pensando el neoliberalismo desde el aula. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (7). 12-28. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30736> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las autoras

María Teresa Bosio

Argentina. Profesora en Ciencias de la Educación egresada en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC, Argentina). Magíster en Educación y Trabajo (Universidad Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil). Docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO: Luchas antipatriarcales, familias, géneros, diversidades y ciudadanía. Presidenta de la Organización Católicas por el Derecho a Decidir. Correo electrónico: mariateresa.bosio@gmail.com

Rossana Crosetto

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Docente de la Facultad de Ciencias Sociales e Investigadora SeCyT-Universidad Nacional de Córdoba. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO: Luchas antipatriarcales, familias, géneros, diversidades y ciudadanía. Correo electrónico: rcrosetto@unc.edu.ar