

Los Derechos Sexuales en Salud Pública
Prácticas y Representaciones en el Primer Nivel de Atención
de la Ciudad de Córdoba



Compiladoras: Rossana Crosetto y María Teresa Bosio



ipsis

instituto de
política, sociedad
e intervención social



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba

Los Derechos Sexuales en Salud Pública
Prácticas y Representaciones en el Primer Nivel de Atención
de la Ciudad de Córdoba

Bosio, María Teresa

Los derechos sexuales en Salud Pública: prácticas y representaciones en el primer nivel de atención de la Ciudad de Córdoba / María Teresa Bosio; Rossana Crosetto. - 1a ed. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-33-1676-4

1. Ciencias Sociales y Humanidades. I. Crosetto, Rossana. II. Título.
CDD 362.8398

Fotografía de Tapa: Mercedes "Mechi" Ferreyra

Índice

Prólogo.....	6
---------------------	----------

Lic. María Angélica, “Maque”, Paviolo

Introducción	8
---------------------------	----------

Rossana Crosetto y María Teresa Bosio

Primera Parte

Ciudadanía sexual en el lenguaje feminista y de derechos

Capítulo 1. Los derechos sexuales y (no) reproductivos: una agenda prioritaria en los feminismos de finales del siglo XX y los inicios del XXI	13
---	-----------

María Teresa Bosio

Capítulo 2. Ciudadanía y Derechos. Disputas y tensiones en la construcción de ciudadanía sexual	32
--	-----------

Rossana Crosetto

Capítulo 3. Reconocimiento y regulación de los derechos sexuales y reproductivos. El devenir normativo	42
---	-----------

Claudia Bilavcik - Ana María Miani - Silvina Baudino

Segunda Parte

Los Derechos Sexuales en el Primer Nivel de Atención en Salud Pública

Capítulo 4. La Atención Primaria de la Salud y la Salud Sexual y (no) Reproductiva en la Ciudad de Córdoba	62
---	-----------

María Celeste Bertona, Paola García, Gabriela González Ramos, Ana Morillo, Agustina Buffarini

Capítulo 5. Los Derechos Sexuales y (No) Reproductivos. Las miradas puestas en juego	103
---	------------

Paola García, María Celeste Bertona, Gabriela González Ramos, Ana Morillo, Eugenia Alvarez Matteazzi

Capítulo 6. El Derecho al Aborto: garantías de acceso y acompañamiento	125
---	------------

Rossana Crosetto - María Teresa Bosio - Ana Morillo

Capítulo 7. Reflexiones finales. Los derechos sexuales en tiempos de pandemia	156
--	------------

Claudia Bilavcik - Rossana Crosetto- María Teresa Bosio

Prólogo

Tengo vínculos de amistad y trabajo con quienes compilan este libro, y también con varias integrantes del equipo de investigación, motivos que, por una parte, hacen inevitable prologar esta producción, y por otra, me provocan gran satisfacción.

Un equipo que he visto desarrollarse y crecer de manera incesante, y que, a pesar de las adversidades de los años de pandemia, continuaron produciendo y se “lanzaron” a la tarea de escribir este libro.

El libro nos brinda en la Primera Parte, componentes teóricos en los que se sustenta esta investigación, con un recorrido exhaustivo y necesario, por la historia del movimiento feminista y sus aportes a las luchas, desde hace 36 años, por los derechos sexuales y (no) reproductivos.

Luchas que se enmarcan en los planos jurídico y político, recuperando el concepto de ciudadanía sexual, y reconociendo el avance que entre el 2002 y 2020, tuvieron los derechos sexuales y (no) reproductivos; pero que también dan cuenta del escenario complejo de logros y retrocesos, en nuestro país y, por lo tanto, en nuestra provincia, en un momento histórico y nodal, los años de pandemia.

En la Segunda Parte, las autoras develan con experticia, las posiciones de agentes sanitarios en relación a los derechos sexuales y (no) reproductivos, y sistematizan las voces de los diferentes integrantes de equipos de salud del primer nivel de atención de Córdoba capital, dando cuenta de las tensiones que emergen entre las distintas miradas y prácticas en torno al acceso de las mujeres, para el ejercicio de sus derechos.

¿El foco puesto en las representaciones, provocaron sorpresas?

Existían suposiciones sobre las disputas y tensiones, que pudieron ser identificadas y develar las diferencias en las posiciones disciplinarias en el campo de la salud, unas más asimétricas que otras, unas que promueven el ejercicio de derechos, otras obstaculizadoras de los mismos; y que requieren de intervenciones comprometidas y artesanales para dismantelar los patrones que han regido nuestra sexualidad.

La perspectiva que nos brindan las ciencias sociales de “recuperar cada palabra, cada significación y representación”, que poseen los diferentes actores de los servicios de salud del primer nivel de atención sobre la salud sexual y (no) reproductiva, constituyen un trabajo que aporta insumos para conocer y pensar estrategias que allanan el camino para el reconocimiento y ejercicio de esos derechos.

Es una producción que invita a lxs lectorxs a sumarse al desafío que supone desentrañar y explorar nuevos caminos que permitan saltar la barrera que a veces está, como diría Mario Testa, al interior del mismo equipo de salud.

Entiendo que esa invitación, ha sido la intención de las autoras.

Y como dice un poema de César Vallejo, “Hermanos hay mucho por hacer...”. Este libro es una forma de ponerse en camino.

Lic. María Angélica, “Maque”, Paviolo

Introducción

Rossana Crosetto y María Teresa Bosio

Esta producción es resultado del proyecto titulado “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)¹.

El objetivo general de la investigación prevé analizar las prácticas y representaciones sociales de los agentes del subsistema de salud pública municipal de la ciudad de Córdoba en relación a los derechos sexuales. También mirar el acceso de los sujetos a las políticas de salud sexual y reproductiva desde el punto de vista teórico-político feminista, de género e interseccional y la perspectiva de derechos, buscando articular los problemas de desigualdades sociales existentes (clase, género, generación, raza) con el análisis imbricado entre salud, justicia social y derechos humanos como desafíos del derecho a la salud.

La investigación se realiza en un periodo en que se producen modificaciones que constituyen hitos sociales y políticos de envergadura en relación a la temática de estudio, como son: a) el debate legislativo de fines de 2018 por el derecho al aborto; b) la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE) N° 27.610 sancionada por el Congreso Nacional el 30 de diciembre de 2020 y promulgada el 14 de enero de 2021; y c) la pandemia por COVID 19 que atravesó al conjunto de la población e implicó medidas de reorganización y funcionamiento de la política sanitaria en todas sus jurisdicciones frente a la crisis (situación que continúa con la emergencia de la variante Omicron).

En el estudio se utilizó una metodología de tipo cualitativa y comprensiva. Se realizaron entrevistas en profundidad a una muestra intencional y teórica que recoge, en el año 2019, las voces de 54 agentes con diferentes trayectorias de formación, género, generación y antigüedad en el cargo: 21 profesionales de la medicina, 13 de enfermería, 12 del área administrativa, cuatro trabajadores sociales, tres del área de psicología y un personal de limpieza. Los mismos se desempeñan en 12 centros de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), comprendiendo

¹ Proyecto de investigación Consolidar. Aprobado y financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica (SeCyT) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Inserto en el Instituto de Política, Sociedad e intervención Social (IPSIS) de la Facultad de Ciencias Sociales. Dirigido por Rossana Crosetto y co-dirigido por María Teresa Bosio. Integrado por Claudia L. Bilavcik, Ana M. Miani, Paola García, Silvia Baudino, Celeste Bertona, Ana Morillo, María A. Paviolo, Gabriela Gonzales Ramos, Agustina Buffarini, Eugenia Mattiazzi, Romina Basconcello, Paola Suau, María Florencia Godoy, Mónica Medina, Julieta Sánchez.

dos centros por cada una de las seis zonas sanitarias en las que se organiza el primer nivel de atención del sistema de salud municipal de la ciudad de Córdoba.

En el año 2021, se realizaron entrevistas en profundidad a 12 agentes de salud de la primera etapa, que implementan y acompañan el proceso de IVE, uno por cada centro de salud de los 12 que forman parte del estudio. Se abordaron también las significaciones y experiencias de transitar la pandemia desde la APS en los territorios, las capacidades institucionales estatales y provisión de recursos, obstáculos y aprendizajes, entre otros. Efectuamos, además, un grupo focal de cinco profesionales integrantes de la Comisión de Salud Sexual Integral y de la Red Municipal de Profesionales por el Derecho a Decidir (en adelante RED).

Sin pretensiones de generalización, se analizaron los senti-pensares y prácticas en APS con base territorial en sectores de pobreza urbana y sus vinculaciones con los derechos sexuales en pandemia, enriqueciendo y complejizando el problema de estudio que se articuló en tres ejes:

1. Las normativas nacionales, provinciales y municipales sobre salud sexual y reproductiva y lo relativo al diseño, implementación y circuitos de la política municipal de APS de la ciudad de Córdoba Capital, mediante fuentes documentales y entrevistas a informantes claves, responsables de políticas y programas municipales para conocer las definiciones y principales obstáculos (normativos, institucionales, políticos) que inciden –o no– en la implementación de la política pública efectiva.
2. Los saberes y conocimientos de agentes de salud sobre el punto anterior. Sus representaciones sociales (valores, creencias, prejuicios) en relación a los derechos sexuales reproductivos y (no) reproductivos y los significados asignados a sus intervenciones o prácticas, apuntando a: identificar obstáculos; dilucidar conflictos materiales y simbólicos que se presentan en el subsector de salud pública a la hora de habilitar o restringir el derecho a la libertad de decidir sobre el propio cuerpo; el acceso a los servicios de atención en el sistema de salud pública estatal municipal.
3. La atención primaria de la salud y derechos sexuales en la pandemia.

En esta publicación nos hemos propuesto reunir una parte del proceso recorrido, los debates y producciones que nos convocan como equipo desde un entramado multi-situado como docentes-investigadoras, graduadas y estudiantes de las Ciencias Sociales –en su mayoría trabajadoras sociales con ejercicio profesional en salud pública, mujeres y activistas– trayectorias que se ponen en juego y entrecruzan en el trabajo de investigación colectivo, en las prácticas políticas de intervención social y de militancia.

Los contenidos están estructurados en dos partes con sus capítulos correspondientes. La primera parte titulada “Ciudadanía sexual en el lenguaje feminista y de derechos”, contiene tres artículos:

El capítulo 1, “Los derechos sexuales y (no) reproductivos: una agenda prioritaria en los feminismos de finales del siglo XX y los inicios del XXI”, refiere a la genealogía de los feminismos en todo el territorio latinoamericano y de qué manera los movimientos fueron construyendo agenda en la disputa por el reconocimiento de derechos de las mujeres y disidencias sexo-genéricas en Argentina desde finales del Siglo XX e inicios del XXI.

El capítulo 2, “Ciudadanía y derechos: disputas y tensiones en la construcción de ciudadanía sexual”, da cuenta del debate acerca del concepto de ciudadanía y cómo desborda para pensarla desde los feminismos en el marco de reconocimientos de las sexualidades y la autonomía de los cuerpos. Desde esta perspectiva se abordan algunos dilemas en la construcción de estos derechos, a partir de algunas notas conceptuales vinculadas a lo político y las políticas, lo público y lo privado y, el discurso de los derechos de las mujeres.

En el capítulo 3, "Reconocimiento y regulación de los derechos sexuales y reproductivos: el devenir normativo", se analiza el plano jurídico-normativo internacional y sus vinculaciones a nivel nacional, provincial y municipal de Argentina –desde la reconstrucción del proceso socio-histórico– como una de las dimensiones constitutivas que fueron construyendo el carácter de legalidad y legitimidad de los derechos sexuales y (no) reproductivos.

La segunda parte titulada “Los derechos sexuales en el primer nivel de atención en salud pública”, se centra en nuestro objeto de estudio dando cuenta de los principales hallazgos de la investigación desarrollada entre 2018 y 2021, esto es, el análisis comprensivo del trabajo empírico. Componen este apartado cuatro capítulos:

El capítulo 4, "La atención primaria de salud y la salud sexual y (no) reproductiva en la ciudad de Córdoba", aborda los debates y concepciones de APS y de manera situada los 25 años de construcción socio-histórica de la política de salud sexual y reproductiva del municipio capitalino cordobés. Seguido por una lectura interpretativa sobre su accesibilidad, desde distintas dimensiones y variables: disponibilidad de insumos, dispositivos institucionales, capacitación y formación profesional, mirada integral de la salud sexual, articulación entre diferentes efectores y particularidades territoriales.

El capítulo 5, "Los derechos sexuales y (no) reproductivos. Las miradas puestas en juego", analiza los procesos de interpretación –sentidos, significados, sistemas cognitivos– y los modos de producción de prácticas de los agentes de salud, vinculadas a los derechos sexuales y (no) reproductivos; su relación con los sujetos con que interactúan y las necesidades que

abordan en los servicios de salud e incorpora en términos de agenda pendiente "lo no dicho" e "invisibilizado" de estos asuntos en el primer nivel de atención de salud de la ciudad de Córdoba.

El capítulo 6, "El derecho al aborto en atención primaria de la salud: garantías de acceso y acompañamiento", aborda la genealogía del acompañamiento de abortos legales en el sistema de salud municipal. Las dinámicas, discusiones y tensiones en los equipos de salud a la luz de los procesos públicos societales, políticos e institucionales que se fueron y continúan generando. Uno de ellos fue el debate parlamentario de fines de 2018 y la sanción de la Ley 27.610 de IVE que legitimó el acceso al aborto como asunto de salud pública y un derecho para las mujeres y personas gestantes.

El capítulo 7, "Los derechos sexuales en tiempos de pandemia", está ordenado a modo de reflexiones finales y abriendo nuevas pistas. Analiza en el contexto de pandemia en el primer nivel de atención municipal, las diferentes estrategias implementadas en relación a las capacidades institucionales y la accesibilidad a los programas de salud sexual y (no) reproductiva, teniendo en cuenta los diferentes momentos que marcaron esta etapa por COVID 19 y las disposiciones sanitarias que se desplegaron para su atención. Sin olvidar el reconocimiento que las prestaciones de los derechos sexuales son una prioridad y se identifican dentro de los servicios esenciales, incluso en este escenario de excepcionalidad e incertidumbre.

Con respecto a las modalidades de lenguaje inclusivo en la escritura, se respeta el criterio que las autoras han decidido utilizar en sus respectivos capítulos, optándose en algunos por el uso de la "e" y en otros por la "x".

Este trabajo merece muchos agradecimientos. Primero a la Secretaría de Ciencia y Técnica (SeCyT) de la Universidad Nacional de Córdoba que aprobó el proyecto y financió la investigación. Segundo, el personal de salud que hizo posible su realización disponiendo de su tiempo para compartir reflexiones, miradas y experiencias cotidianas en un momento de tanta incertidumbre y excepcionalidad. Por último, las integrantes del equipo de investigación, especialmente las estudiantes de grado y graduadas que participaron activamente en el proceso, volcando en su trabajo más de lo esperado con responsabilidad teórica, compromiso y enorme generosidad. Una enriquecedora y solidaria experiencia en equipo.

Rossana Crosetto y María Teresa Bosio

Primera Parte

Ciudadanía sexual en el lenguaje feminista y de derechos

Capítulo 1

Los derechos sexuales y (no) reproductivos: una agenda prioritaria en los feminismos de finales del siglo XX y los inicios del XXI

María Teresa Bosio

Los feminismos y las olas. Agendas y desafíos en la Argentina del Siglo XX y XXI

Dora Barrancos (2014), analiza que la lucha feminista en Argentina por el reconocimiento de derechos tiene una larga e interesante historia. Según los contextos, juega dentro de los límites de la política tradicional e institucionalizada, mientras que en otros momentos la desborda y se constituye en un movimiento social. Según la autora, las mujeres y sexualidades disidentes siempre han padecido una ciudadanía menguada en el marco del patriarcado, aun cuando parece que los derechos están asegurados (siempre en la disputa cultural, política y social) se pierde en representación, reconocimiento y acceso a bienes sociales, culturales, políticos y económicos.

El desarrollo y expresión de los feminismos ha sido caracterizado por estudiosas del movimiento, como olas. En ese sentido decimos que son cuatro, las cuales se fueron sumando y acumulando a lo largo de la historia del siglo XIX, XX y XXI. La primera, en Argentina, tiene que ver con la demanda de la participación política mediante el voto femenino, en sintonía con lo que también pasaba en otras partes del mundo, donde las mujeres ponían esa agenda como prioridad. La autora lo expone de esta manera:

El surgimiento del feminismo forma parte del paisaje de época de la Argentina “moderna” —fines del siglo XIX inicios del XX—, en una sociedad en la que a lo largo de los tiempos las mujeres actuaron, trabajaron, y no sólo cuidando a la prole y sirviendo al marido, sino que opinaron e influenciaron en la vida política, aunque no se las reconociera y estuvieran lejos del derecho a la ciudadanía. Al finalizar el siglo XIX ya estaba en plena vigencia el Código Civil que sancionaba la inferioridad jurídica de las mujeres, a semejanza de la mayoría de los códigos en boga. No puede sorprender que desde mediados de aquel siglo se extendieran las acciones femeninas para revocar esa insidiosa circunstancia. La adhesión temprana al feminismo de las mujeres socialistas y

de las denominadas librepensadoras –en todo caso un grupo entre las que destacaban las “letradas”– significó la puesta en marcha de por lo menos cuatro demandas fundamentales: la remoción de la inferioridad civil, la obtención de mayor educación, el auxilio a las madres desvalidas y la cuestión del sufragio, reclamo que se había empujado especialmente en otras latitudes. Pero el sufragio encontrará interpretaciones diferenciadas entre nuestras primeras feministas. (Barrancos Dora, 2014, p. 8)

El artículo relata de manera sencilla y profunda cómo irrumpe el feminismo en Argentina y quiénes son las referentes más significativas del mismo como, por ejemplo: María Abella Ramírez, docente de origen uruguayo radicada en La Plata; Julieta Lanteri, inmigrante italiana; y Alicia Moreau de Justo, militante socialista. La lucha por la ciudadanía política a través del voto y el acceso a cargos de representación en el poder legislativo argentino, tuvo sus resultados en el año 1947, momento en que se sanciona la ley del sufragio femenino. La primera experiencia se realizó en 1951, durante el gobierno de Juan D. Perón y mediante la participación activa de Eva Duarte. Ella es quien crea y conduce, en ese periodo, el Partido Femenino con autonomía del partido peronista, logrando una representación del 30% de las mujeres como diputadas y senadoras (Barrancos Dora, 2014).

La segunda ola surge a finales de 1960 a la par de grandes movimientos como el Mayo Francés (en Europa), la revolución de las jóvenes expresadas en el hippismo y su ruptura con un modelo heteronormativo de la pareja tradicional, la reivindicación del amor libre y el derecho al placer, junto con el acceso a la píldora anticonceptiva. En esos años, el eje de la agenda estuvo centrado en la sexualidad y en el derecho a decidir sobre la reproducción, disputando los valores de la familia tradicional y el lugar de la mujer en la misma. En 1949 Simone de Beauvoir escribe el Segundo Sexo y comienza a expresarse el debate acerca de los derechos sexuales y reproductivos como una agenda activa de mujeres y disidencias. Se disputan los mandatos de la *heteronormatividad* y la construcción de lo que es el concepto de *género*, como categoría analítica social, separada del sexo como dimensión biológica. También otras feministas estadounidenses participaron de este movimiento, generando marcos conceptuales y analíticos para construir a las diferentes perspectivas y teorías del feminismo mundial, como por ejemplo Kate Millet y Betty Friedan.

En este contexto, desde los diferentes espacios académicos, se construyeron conceptos y abordajes para visibilizar, objetivar procesos y prácticas que se habían naturalizado, biologizado, esencializado en la estructura social. Las epistemologías feministas ponen en juego una mirada crítica desde el campo de las ciencias, mostrando cómo y cuánto están contaminadas de sexismos. Estas miradas emergen de la preocupación por hacer visible la

participación de las mujeres en la realidad cultural, histórica y política. Interpelan sobre cómo se produce conocimiento en las sociedades quién mira, cómo lo hace y qué ve.

Las personas que integraban el campo científico objetivaron que, tanto las prácticas como los problemas que se construyen, tienen un fuerte sesgo androcéntrico. Esta posición ideológica implicó legitimar a las mujeres como objeto de las ciencias y, en segunda instancia, considerar el carácter sexuado del sujeto de conocimiento. Es decir, requirió la autorización de estas y de otros grupos subalternizados como productores de conocimiento científico (Campagnoli Mabel, 2018, p. 2).

Las teorías feministas generaron una amplia reflexión epistémica en relación a las prácticas sociales, develaron la evidencia de la desigualdad en el ejercicio del poder y en la distribución de recursos económicos, políticos, culturales, identificando cómo las mujeres y las disidencias sexuales (LGBTIQ+) son menos beneficiadas y más subyugadas. Los recursos y el poder en el campo de la producción del conocimiento han sido históricamente un ámbito de dominación masculina como tantos otros y, por ello, en el análisis del proceso del conocer se mantienen cuestionamientos fundamentales, como: ¿quién produce el conocimiento? ¿cómo lo produce? ¿para qué se produce? y ¿cómo se usa el saber resultante?

Dichas producciones y estrategias tienen como uno de sus rasgos constitutivos –que las distinguen de otros tipos de conocimientos– el compromiso político con el cambio social, la praxis emancipatoria y el develar las múltiples opresiones que viven sujetos disidentes. El objetivo ha sido generar incidencia y construcción de acciones políticas que transforman esas situaciones. Como resultado de sus estudios evidenciaron y denunciaron: limitaciones al acceso al saber y los obstáculos para alcanzarlo; mantenerse en el campo; ingresar a las instituciones que la certifican; dificultades para obtener ascensos, reconocimientos y el consiguiente poder que ello supone.

La investigación feminista es la que tiene el compromiso de mejorar la condición de las mujeres. Pienso que tanto la investigación feminista como la que se denomina no sexista pueden abocarse al estudio de cualquier objeto/sujeto y no sólo deben estudiar a las mujeres sino, además, tienen el compromiso de mejorar su condición. (Bartra Eli, 2012, p. 67)

Por eso, en nuestro trabajo de investigación es importante explicitar nuestra posición epistémica, transparentar desde dónde miramos lo que miramos. Nuestro objeto de estudio es el acceso a la salud sexual de las mujeres y las disidencias sexo-genéricas en el marco de la atención primaria de la salud (APS), en la cual intervienen agentes de diferentes trayectorias y

profesiones. Dicho tema nos interpela para analizar estas prácticas y representaciones, reconociendo que vivimos en una sociedad construida históricamente con basamentos capitalistas, patriarcales, eurocéntricas y androcéntricas. En este sentido, el desafío es poder analizar cómo este contexto incide y condiciona el acceso a los derechos sexuales en las poblaciones vulnerables que habitan estos territorios. Los feminismos, en tanto, corrientes teóricas y políticas, constituyen una herramienta individual pero fundamentalmente colectiva, aportando la categoría de interseccionalidad que posibilita una mirada analítica integral de las opresiones.

Categorías teóricas feministas para el análisis del campo de la salud sexual

Las epistemologías feministas construyen sistemas conceptuales para poder analizar los modos de organización social y objetivar acerca de la construcción del conocimiento en las ciencias como en el sentido común; de qué manera están condicionados desde una lógica patriarcal. El *patriarcado* es un concepto que remite a una organización social en el cual el “pater” –autoridad máxima varón/hombre– define las reglas, poniendo a las mujeres y otras identidades en un lugar de opresión e invisibilización.

Según Silvia Federici (2013), este modo de organización social se manifiesta y construye de diferentes modos según las sociedades, los sistemas económicos. La autora da cuenta cómo el capitalismo profundizó aún más dicha organización social, poniéndonos a las mujeres al servicio de la reproducción cotidiana en las tareas de cuidado, naturalizando esa función en pos del afecto y el amor.

El orden patriarcal se configura desde ideologías conservadoras y fundamentalismos religiosos, tramas simbólicas desde las cuales se descalifican y devalúan a las mujeres como sujetos de derechos. Como consecuencia obtienen una escala menor de acceso y atribuciones políticas, sociales, económicas y culturales. Este sistema produce significaciones negativas –históricas, afectivas, blandas, inestables, etc.– a partir de las cuales se las destina el espacio de lo doméstico y reproductivo. Además, se organizan estructuras de poder con reglas específicas ligadas con espacios masculinos, dejándolas fuera o limitándolas a ser parte de las mismas, por ejemplo, las estructuras partidarias políticas, con sus modos de competencia y disputa.

Este concepto es un elemento que –junto con la categoría de género– ha sido clave en el desarrollo de los marcos teóricos feministas. Representa la teorización más sistemática respecto de los factores que originan y mantienen la subordinación, la opresión, la explotación de las mujeres, configurando su condición social, por ende, también la condición masculina.

Dicha categoría como la de masculinidad hegemónica, son fundamentales para el desarrollo conceptual de las teorías feministas, ya que caracteriza la construcción de las relaciones de poder naturalizadas para la mayor parte de quienes pertenecen a un mismo grupo social.

Rita Segatto (2015) alude a un patriarcado de baja intensidad. Describe las relaciones sociales antes de la colonización, dando cuenta que también en ese contexto histórico y cultural las mujeres eran relegadas a tareas de reproducción cotidiana y tenían pocas posibilidades de ocupar lugares de conducción en su comunidad/tribu. Cuando llegan los colonizadores, ese bajo impacto se recrudece y gravita en el patriarcado colonial moderno o de alta intensidad actual, que se expresa en el sexismo, la misoginia y la heteronorma.

El concepto de *género* también es bien disruptivo, permite diferenciar al sexo como un atributo biológico en el cual intervienen aspectos físicos, genéticos y hormonales, los cuales nos condicionan como especie humana y nos determinan como seres sexuados. A esta dimensión se le agrega un aspecto social, la construcción cultural variable, un conjunto de significados acerca del “ser varón”, “ser mujer”, que se adoptan o utilizan dentro de un campo social y cultural determinado. El aporte del feminismo a partir del concepto de género, supone concebir que los cuerpos nacen sexuados, es decir, vienen a este mundo como machos o hembras y que, en un proceso de socialización históricamente variable, son constituidos respectivamente como varones, mujeres y otredades. En palabras de Gayle Rubin “el sistema de sexo/género es el conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y satisface esas necesidades humanas transformadas” (Mattio Eduardo, 2012, p. 3).

Según Eduardo Mattio (2012) “si cabe decirlo en estos términos, la naturaleza biológica es la responsable de nuestro hardware sexual y los procesos culturales son los que elaboran por diversos medios nuestro software genérico” (p. 3).

Rita Segatto (2015) aporta una mirada crítica al concepto de género desde la perspectiva decolonial. Lo entiende como distribución de posiciones desiguales en el orden patriarcal que también resulta de la biologización de la jerarquía (tal como la raza en la modernidad colonial, vinculado a la separación de la esfera pública de la privada, de la producción con la reproducción). El concepto de género remite a un mundo binario en el que la otredad es esencializada y biologizada. Según la autora, la diferencia constituye un problema a menos que pueda ser filtrada por un equivalente universal que la convierta en conmensurable o la eyecte como residual con relación al mundo relevante del uno, masculino y blanco, propietario, letrado y pater familia.

El patriarcado liberal/occidental enuncia un discurso igualitario que esconde la desigualdad entre categorías de género, pueblos, linajes. El efecto es ocultar los mandatos de

una estructura constituida por posiciones irreductiblemente racializadas y generizadas por efecto de su biologización. La heteronormatividad es el mandato naturalizado de las relaciones sexuales y afectivas, pasando por las identidades sexuadas de varón/mujer en formatos binarios y monógamos. En los espacios de socialización primaria (familia, amistades y grupos de pares) se conforma una división dicotómica de la sexualidad desde estos parámetros biologizantes, filtrándose en las vestimentas, uniformes escolares, en los baños de las escuelas. La enseñanza y la información en general está dirigida a cuerpos heterosexuales. En la mayoría de las clases de biología los cuerpos son enseñados desde el rol reproductor heterosexual, excluyendo a los cuerpos intersex y cuerpos trans. El concepto de heteronormatividad, o presunción de heterosexualidad, nos desafía a preguntarnos ¿qué significa esto? Nos pone a discutir esta concepción que se nos presenta como una regla social, nos impone "su verdad" y única forma posible de desear, amar, ser. ¿Pero es así? Desde los feminismos se ha construido otra mirada que da lugar a múltiples y posibles maneras de ser y desear, maneras que incluso no son estables durante todo el ciclo vital de una persona (La Tinta, 2018).

La categoría de *interseccionalidad* es producida desde los feminismos decoloniales. Nos presenta el desafío metodológico de identificar las variadas identidades de sujetos sociales, dar cuenta de los diferentes tipos de discriminación y desventajas que se dan como consecuencia de esa combinación de autopercepciones donde confluyen: raza, género, clase y generación. El análisis interseccional aborda las formas en que el racismo, el patriarcado y la opresión de clase crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres y las disidencias sexuales. Su aporte es muy valioso ya que no sólo toma en consideración la categoría género, sino también los contextos históricos, sociales y políticos. También reconoce experiencias individuales únicas que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidades. No es lo mismo ser mujer blanca universitaria, que ser mujer indígena, migrante, trabajadora informal. Los procesos de dominación y subordinación se potencian con estas otras identidades (AWID, 2004).

En las entrevistas realizadas observamos cómo el abordaje de la salud sexual se construye, por lo general, desde una mirada hegemónica. Las mujeres y jóvenes que asisten a los centros de salud (en su mayoría migrantes y pobres) son tuteladas en sus decisiones, con poco margen de ejercicio de su autonomía. También es notable cómo legitiman el modelo de atención de la medicina hegemónica desde sus representaciones y habitus incorporados.

Diana Maffia (2007) nos aporta un análisis sobre cómo están puestas las mujeres como un objeto en las ciencias, sobre todo en la medicina hegemónica, que se ha ocupado desde sus orígenes, de proporcionar descripciones de la naturaleza femenina en un lugar diferenciado y jerárquicamente inferior al del varón. En este sentido clasificar las diferencias biológicas y

psicológicas entre los géneros desde una mirada esencialista, justificando una naturalización y jerarquización de las diferencias para ocultarlas, negando la producción cultural y social de las mismas que el sistema patriarcal se ocupa de imponer con su lógica de subordinación. Es significativo identificar que son las mujeres las que acuden a la consulta para el cuidado de su salud reproductiva, y solo sobre ellas se ejerce el imperativo del “cuidado”, por parte de los agentes de salud, sin pensar y descuidando un abordaje comunitario e inclusivo de otras identidades cómo así también de los propios varones que no acuden al servicio.

El ámbito transdisciplinar de la epistemología crítica feminista se fue constituyendo a su vez en correspondencia con la puesta en crisis de un sujeto del feminismo hegemonizado por la categoría Mujer y sus implicancias racistas, clasistas, heteronormativas. Esto es, en acompañamiento del paso de la segunda a la tercera ola feminista con sus efectos deconstructivos que horadaron la noción de experiencia para mostrar su heterogénea complejidad y pasar a expresarse en términos de articulación de posicionamientos (Campagnoli Mabel, 2018, p. 3).

Las políticas de control de la sexualidad: el control y la dominación sobre el cuerpo de las mujeres

Silvia Federici (2013) aborda cómo la politización de la sexualidad tiene sus raíces en la antigüedad, más precisamente en los inicios del Medioevo. Desde que la Iglesia se convirtió en la religión estatal en el siglo IV, los sacerdotes identificaron y sancionaron el poder que el deseo sexual confería a las mujeres sobre los hombres. Se encargaron de estigmatizarlas poniéndolas en el lugar de lo indeseable, impuro y promiscuo. Una de las acciones más claras fue la expulsión de cualquier momento de la liturgia y de la administración de los sacramentos. En este proceso, dice la autora:

La sexualidad fue investida de un nuevo significado, se convirtió en un tema de confesión, en el que los más ínfimos detalles de las funciones corporales más íntimas se transformaron en tema de discusión y donde los distintos aspectos del sexo fueron divididos en el pensamiento, la palabra, la intención, las ganas involuntarias y los hechos reales del sexo para conformar una ciencia de la sexualidad (Federici Silvia, 2013, p. 65).

Los manuales que categorizaban los tipos de pecados carnales, según Michel Foucault (2003), permitieron la producción del sexo como discurso y una concepción más polimorfa de la sexualidad en el siglo XVII. Estos trabajos demuestran que la Iglesia intentó imponer su verdadero catecismo sexual, prescribiendo detalladamente la única posición permitida durante el acto sexual, los días en los que se podía practicar y con quién estaba permitido.

Según Silvia Federici (2013) la adopción de esta legislación represiva sobre la sexualidad fue completamente politizada. Aún en la actualidad observamos la obsesión con que las iglesias (católicas y cristianas) abordan las cuestiones sexuales como un asunto de Estado y de Políticas Públicas. La incidencia de estas instituciones en la matriz estatal es un juego estratégico que apela a mecanismos seculares, pero con el objeto de poner en foco a la sexualidad como una de las únicas preocupaciones de estas instituciones.

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, vinculada a la gestión de la vida biológica de las poblaciones. La segunda, al proceso de regulación por parte del estado de esa normalización que impone una sexualidad al servicio de prácticas y relaciones heteronormativas, cuyo objeto es la reproducción según los cánones de una moral oficial, representada por el Estado y sus instituciones (educativas, médicas, judiciales, y religiosas).

Según Michel Foucault (2003) durante el siglo XIX se desarrolló una biología reproductiva. Esta se ligaba al creciente desarrollo de la ciencia y una medicina del sexo, la que estaba reglamentada por la voluntad de no saber, no querer reconocer algo que es parte de la voluntad de saber. Señala cómo la sexualidad se niega, durante en el siglo XIX, pero su circulación desenfadada se mete en la familia y en el espacio privado. En este contexto histórico nace la edad de la represión y coincide con el surgimiento del capitalismo y el orden burgués. Los mandatos del esfuerzo, el sacrificio, el no placer, como valores para generar riqueza son los predominantes. Para lograr esos valores las mujeres son encerradas en el espacio doméstico para asegurar la dimensión reproductiva.

El autor citado devela la relación del placer y del poder en el marco de la sexualidad. Para que el sujeto sea productivo y eficiente, el sistema opera con dos modalidades del ejercicio del poder. Por un lado, sobre las conductas de los sujetos, imponiendo la disciplina y el orden. Por otro lado, se ejerce administrativamente sobre el cuerpo-especie de las poblaciones (biopolítica) mediante formas que obligan a sostener a las personas en la organización cotidiana subordinada a los mandatos sociales de este modelo.

La tercera ola del feminismo trae la irrupción y emergencia de las luchas políticas por el reconocimiento de los derechos de la ciudadanía, como una instancia de acción colectiva de

protesta. Las resistencias en el espacio público cuestionan, entre otras, las intersecciones biológicas, las normativas, las narrativas homogéneas y universales de prácticas sexuales obligatorias, normales, 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 los derechos sexuales y reproductivos da cuenta, entre otras cuestiones: i) el reconocimiento de identidades diversas (a quienes estuvieron en la oprimiente invisibilidad, negados como sujetos) y, ii) en las prácticas de intervención del personal sanitario. No obstante, la habilitación en términos formales a estos sujetos y sus derechos, no existe una relación causal entre las normas y las prácticas. Cabe preguntarse de qué manera el reconocimiento se hace efectivo en la práctica y cómo dicho reconocimiento contribuye a ampliar los procesos de democratización social y ciudadana

El concepto de *ciudadanía*, nace con la modernidad occidental como un atributo político del ciudadano individual, varón, propietario y letrado. Se conforma en categoría universal en el marco del reconocimiento de los derechos políticos, ocultando las diferencias de clase, raza, género e impone a toda la población una concepción hegemónica de los derechos construida por los representantes de algún poder del estado, desconociendo los intereses. Los valores que ordenan su universalidad, como voluntad general y vida en común, homogeneizan la sociedad en tanto apoyan exclusiones sustentadas en esos supuestos. El trato igual se establece sobre parámetros mayoritarios, las diferencias son oprimidas e invisibilizadas, es decir, las necesidades e intereses particulares se encuentran en desventaja porque al no compartir los estatutos de la voluntad general son ignoradas (Levin Silvia, 2010).

En estas disputas por el reconocimiento de las diferencias y las exclusiones, los movimientos feministas continúan ampliando y disputando la agenda en el marco de la ciudadanía sexual. Graciela Di Marco (2012) lo conceptualiza como un sistema de derechos sexuales. Se trata de un proceso político para establecer y ampliar los límites de inclusión de lo que es (o no es) ciudadanía y se vincula con las relaciones de poder. En sus orígenes históricos, el concepto refiere a derechos universales que gozaban los varones blancos y propietarios. La especificidad de su ampliación se genera en un campo de lucha por parte de mujeres heterosexuales y lesbianas, gays, travestis, transexuales y transgéneros que ven sus derechos cercenados en función de sus identidades de género y sus sexualidades.

El cuerpo y la voz son las dos notas distintivas sobre las cuales se puede pensar la ciudadanía desde una episteme feminista. Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta las

condiciones de mujeres y otredades, uno de los obstáculos centrales a la participación política radicaba en el control de los cuerpos gestantes a través de la prohibición/penalización del aborto. No podían decidir plenamente sobre el propio cuerpo ya que se les negaba el derecho y reconocimiento de una ciudadanía plena (Di Marco Graciela, 2012).

La ciudadanía sexual se ejerce en la disputa, desde la emergencia de nuestra voz para enunciar un discurso de derechos. Supone la participación en la vida social e incide en concepciones y mandatos, construyendo procesos de solidaridad colectiva, con el objetivo de intervenir y poner límites al poder del Estado en el campo político y discursivo. Ejemplo de ello son las reivindicaciones asentadas en la perspectiva de género crítica y decolonial, que reclaman al Estado y visibilizan problemáticas referidas al embarazo no deseado, la mortalidad materna, la violencia de género y la inclusión de las necesidades de 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 Victor, 2006, p. 36).

A los movimientos de mujeres, que surgen desde finales del siglo XIX y se expanden durante los siglos XX y XXI, se suman otros colectivos diversos con agendas específicas, como los feminismos decoloniales que construyen teoría en la particularidad de los territorios del sur global. Esta mirada conforma una perspectiva antirracista y crítica en torno a la reproducción de ideas de bienestar iniciadas en la modernidad. Señalan que los feminismos blancos, en muchas ocasiones, perpetúan prácticas políticas del modelo impuesto por el estado moderno colonial y el sujeto blanco burgués.

Los feminismos decoloniales, los feminismos populares: nuevas agendas y concepciones acerca del Estado y las políticas

El feminismo decolonial pone el acento en la reproducción de los ideales de la modernidad occidental tales como: el dominio sobre la naturaleza; la supremacía humana por sobre toda la vida en el planeta; el uso legítimo de la ciencia y la tecnología como modo de organizar el conocimiento humano, en una aplicación muchas veces extractivista y centrado en resolver y aumentar las necesidades humanas en el marco del sistema capitalista y la lógica de mercado. Esto último es lo que justamente va a terminar siendo opresivo para una gran mayoría de las personas y para la naturaleza en general.

Las tecnologías de reproducción y no reproducción en el campo de la salud también están tensionadas por modelos de mercados y farmacológicos. Estas lógicas de acceso están

muy lejos de las cosmovisiones y prácticas de mujeres afros, indígenas campesinas. Los insumos derivados de este sistema son resultado de la producción capitalista moderna que no llega a las grandes mayorías, produciendo inequidades en el acceso y permanencia a esos bienes y servicios.

Estas perspectivas que se construyen desde el sur global son una nueva apuesta epistémica. Se proclaman revisionista de la teoría y como propuesta política del feminismo dado lo que considera un sesgo occidental, blanco, burgués (Barroso José María, 2014).

La apuesta que se hace desde esta mirada tiene dos ejes, por un lado, revisar el andamiaje teórico-conceptual realizado por el feminismo occidental blanco; por otro, generar nuevas interpretaciones que expliquen la actuación del poder desde posiciones que asumen un punto de vista subalterno. Cuestionan el andamiaje de producción de verdad hegemónico impuesto por Europa, posteriormente por EE. UU., como piensan y definen la política, el Estado, los derechos, en el marco del esquema del sistema capitalista burgués en el cual la igualdad está dada por los derechos individuales y no colectivos.

Este pensamiento sintoniza con el feminismo negro, de color, tercermundista en Estados Unidos. Retoma los aportes para pensar la imbricación de las múltiples opresiones de clase, raza, género, sexualidad. Al mismo, se propone recuperar el legado crítico de las mujeres afrodescendientes e indígenas que, desde América Latina, han planteado el problema de su invisibilidad dentro de sus movimientos. También se nutre de la revisión crítica del esencialismo del sujeto del feminismo y la política de identidad que comienzan a gestarse a partir de las escritoras activistas lesbianas de color.

Una primera cuestión del pensamiento decolonial y antirracista es radicalizar la crítica al universalismo en la producción de la teoría. La epistemología clásica producida por mujeres blanco-burguesas, asentadas en países centrales, no pudo reconocer que su práctica reproducía los mismos problemas que criticaba sobre las formas de producción de las ciencias: el universalismo androcéntrico y en ese marco construyeron la categoría del género que la aplicaron universalmente a todas las sociedades y culturas. De este modo, terminan produciendo conceptos y explicaciones ajenas a la actuación histórica del racismo y la colonialidad, como algo importante en la opresión de la mayor parte de las mujeres, a pesar de que al mismo tiempo reconocen su importancia.

María Lugones (2008) discute acerca de que la categoría género es correspondiente sólo a los seres de razón cuyo origen es blanco europeo. Las ideas de fuerza, mayor capacidad de razón masculina y la fragilidad de las mujeres, no podían ser aplicadas a gentes no europeas en tanto estaba desprovista de razonamiento, belleza sublime y fragilidad. Necesariamente las personas indias y negras no podían ser hombres y mujeres, sino seres sin género. En tanto

bestias, se los concebía como sexualmente dimórficos o ambiguos, sexualmente aberrantes y sin control, capaces de cualquier tarea y sufrimiento, sin saberes, del lado del mal, montados por el diablo. Se los trato totalmente accesibles sexualmente por el hombre y sexualmente peligrosos para la mujer. “Mujer” entonces apunta a europeas burguesas reproductoras de la raza y del capital.

En este marco, la autora María Lugones (2008) sustituye la idea de Gayle Rubin "sistema sexo-género" por sistema moderno colonial de género, entendiendo que “el género en realidad aplica para quienes han sido producidos dentro del canon del humano, que es la gente blanca y europea, o descendiente de europea” (p. 76).

La crítica al Estado moderno y su modo de organización centralizada se asienta en el no reconocimiento de otros actores para pensar las políticas y su trabajo en los territorios; en las instituciones escolares, judiciales como en el sistema de salud, respecto a cómo reproducen miradas binarias/dicotómicas sobre la mujer o el varón y le agregan valores como la sumisión, la debilidad, el sacrificio, entre otras.

La dificultad de pensar otros modos de organización social que salgan de la lógica occidental moderna y patriarcal son ejes que trabaja y discute Silvia Rivera Cusicanqui, citada por Yuderkys Espinosa Miñoso (2014) ante el discurso del Estado-Nación y los discursos hegemónicos que circulan socialmente ocultando más de lo que realmente muestran.

Otro punto en debate es pensar la educación como un mecanismo de movilidad social e inclusión de las mujeres al sistema productivo y social, oculta un modelo de sociedad que es el que produce esa escuela, donde enseña unos saberes y prácticas relevantes, legitimadas y universalizadas, mientras que otras no hegemónicas son despreciadas, ocultadas e invisibilizadas. Es así que les estudiantes se someten a procesos de desaprendizaje de lo que ésta escuela impone como válido y universal. Se trata de poder aprender a restaurar una mirada que reemplace esa mirada que ha producido el amo o el conquistador sobre nuestros pueblos (Barroso José María, 2014).

Los feminismos en Argentina: una agenda amplia que se construyó en los Encuentros de Mujeres y se expandió por América Latina

Alejandra Ciriza (2015) nos desafía a reconstruir nuestras genealogías feministas y poder reflexionar:

Sobre la especificidad que nos cabe en tanto latinoamericanas, y como se hacen visibles las dificultades y tensiones de nuestras genealogías dobles y triples, ligadas a las marcas del cuerpo, que no son sólo las de la sexuación, sino las que imprime la clase social y los procesos de racialización (p. 9).

Nuestros feminismos latinoamericanos nacen en la disputa y a su vez en el reflejo de las marcas de los feminismos blancos, abriendo luego un gran abanico a la diversidad que somos como movimiento. Graciela Di Marco (2019) da cuenta como en América Latina:

Las identidades políticas feministas, articuladas con otras identidades laicas y antipatriarcales, han conformado múltiples organizaciones y coaliciones. A nivel global y regional, se puede mencionar una gran variedad de organizaciones: la Marcha Mundial de Mujeres, la Articulación de Mujeres Mercosur, Vía Campesina y otras redes y Foros transnacionales, como el Foro Social Mundial. Globalmente militan por el cambio político, económico y cultural, para lo cual las redes globales de comunicación y el ciberfeminismo han sido instrumentos útiles para difundirlas junto con la ocupación del espacio público (p. 16).

El movimiento en América Latina ha ido construyendo especificidad y volumen, asumiendo particularidades ligadas a contextos culturales diversos y a su vez con agendas comunes. Las mujeres afro, indígenas, campesinas, trabajadoras, jóvenes y otredades fueron ganando volumen y generando capacidad de agencia en todos los países.

Carmen Colazo (2009) analiza y reflexiona sobre el lugar de los feminismos latinoamericanos y también plantea que la agenda de estos movimientos se combinó con otros debates políticos de la región, considerando que:

En su calidad de movimiento político, los movimientos feministas latinoamericanos han seguido la corriente de las Olas del Feminismo internacional, a fines del siglo XIX y

principios del XX, han luchado por el reconocimiento de los derechos civiles y políticos de las mujeres y se han conectado a nivel internacional con el feminismo norteamericano y europeo, dentro de un movimiento de mujeres y hombres que, conjuntamente, cuestionaban el poder y status que las mujeres tenían en la sociedad (p. 107).

En Argentina, en la época posterior a la dictadura (1984/1989), se abrió el diálogo entre el Estado y los grupos feministas. El gobierno democrático de Alfonsín promovió la apertura a las esferas internacionales y por ende el debate de las políticas acerca de sexualidad, dándose en consonancia con estos ámbitos². Carmen Colazo señala que los debates feministas en el contexto internacional, durante las décadas de los 80 y los 90, están marcados por un cambio de paradigma. Se pasa de un feminismo de la igualdad y hermandad entre mujeres, a otro que reconoce las diferencias existentes entre las mismas, situando la mirada en los contextos sociales, históricos, raza, etnia, etc. Agrega además que en América Latina estos debates tardaron en llegar:

Una región de fuerte hegemonía católica, con mosaicos feudales estructurales que aún no se modernizan, inicia en esta época posicionamientos feministas sobre el androcentrismo (...) pero lo hacen fundamentalmente desde lideresas convencidas de la identidad y hermandad de las mujeres, dentro de un discurso que se va creando y recreando desde sus propias identidades como feministas que luchan por conquistar los mismos derechos que los varones (Colazo Carmen, 2009, p. 108).

En 1987, durante el 5° Encuentro Internacional de Mujer y Salud realizado en San José de Costa Rica, un grupo de mujeres preocupadas por la situación de emergencia en que se encontraban los países latinoamericanos respecto a los derechos sexuales y reproductivos, se reúne con el objetivo de generar acciones regionales para remover los obstáculos sociales y culturales que impedían avanzar en esta materia. Identificaron, entre ellos, aquéllos que tiene que ver con la influencia de la moral conservadora católica en la vida sexual de las mujeres de la región. Dicho grupo sienta las bases para la conformación de la organización *Católicas por el Derecho a Decidir*.

² En este primer periodo democrático, iniciado en el año 1984, la sociedad argentina vivía un clima de poca estabilidad política y económica. Los movimientos sociales y políticos progresistas habían sido desbastados después del proceso dictatorial.

En Argentina el nuevo contexto democrático permitió que las luchas de los movimientos feministas se reorganizaran y buscaran su espacio de acción. En 1986 se realiza el primer Encuentro Nacional de Mujeres (en adelante ENM). Fue organizado por un grupo de mujeres pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil y dirigentes de partidos políticos que habían participado en la Tercera Conferencia Internacional de la Mujer en Nairobi convocada por Naciones Unidas en 1985. En este encuentro participaron aproximadamente 1000 mujeres de distintos puntos del país, superando ampliamente las expectativas de las organizadoras. La mayoría de les participantes pertenecían a sectores sociales medios. Discutieron sobre la situación del país y las estrategias para generar cambios que aporten a la igualdad (Brugo Marcó Nina, 2014).

Los encuentros realizados año a año fueron tomando más relevancia, diversidad y cantidad de mujeres. Las agendas estuvieron ligadas al trabajo, participación política, ecológica, derechos humanos y sexuales, religión, interculturalidad y tantos ejes más que llegan a cubrir unos 60 talleres temáticos. La organización de los mismo habilita la reflexión, los debates y al mismo tiempo facilitaba la creación de redes que abarcaran una gran variedad de temas y problemas: anticoncepción, aborto, condiciones de vida, salud, educación, desocupación y consecuencias del neoliberalismo, el endeudamiento externo y el ajuste, que siempre fueron denunciados en los ENM.

En estos 34 años de encuentros la masividad y multiplicidad de agenda y sujetos fue creciendo, llegando a ser unas 150.000 en el Encuentro de La Plata (Buenos Aires, Argentina). La Campaña por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito (en adelante Campaña) nace en el calor de estos encuentros y se oficializa el 28 de mayo del 2005 en Rosario, sumando a su interior más de 200 organizaciones sociales, políticas y militantes. A partir del 33° ENM en 2018 realizado en Trelew (Chubut, Argentina), comienzan a nombrarse Encuentros Plurinacionales de Mujeres, Lesbianas, Travestis y Trans. Esta denominación surgió del debate en uno de los talleres más concurridos, el de Mujeres y Autodeterminación de los Pueblos.

Mientras estos espacios de participación horizontal sucedían, por un lado, por la apertura democrática, la expectativa por las transformaciones sociales y los incipientes debates políticos. Por otro, porque también fueron obturados por los gobiernos conservadores, neoliberales de la década de los 90, que impusieron las condiciones materiales y simbólicas para que las mujeres no puedan ejercer autonomía y avanzar en derechos. Las políticas socioeconómicas neoliberales que se iniciaron en los finales de la década del 70 con los gobiernos militares, reforzadas en los 90³, se profundizaron muchas desigualdades. Algunas

³ El gobierno de Carlos Saúl Menen (1990-1998) impulsó el achicamiento del aparato estatal, descalificando al modelo del Estado de Bienestar. Según este marco ideológico y económico, la satisfacción de necesidades quedó a cargo del

fueron productos de la concentración de la riqueza en pocas manos, otras de tipo sociocultural que implicaron un aumento de la feminización de la pobreza ante el crecimiento del desempleo estructural.

La forma de la participación política enmarcada dentro del Estado también se redujo al mínimo, dejando afuera las demandas de amplios sectores de la población. En este contexto, surgen múltiples expresiones de demandas sectoriales que, sumados a la cooperación internacional, logran institucionalizarse y constituirse en mediadores entre la sociedad y el Estado a través del formato de ONGs y/o fundaciones. La sociedad civil logra organizarse y mitigar algunos de los efectos adversos del corrimiento del Estado (Tapia Luis, 2009). También surgen los movimientos piqueteros, populares, de los sectores de trabajadores desempleados. El feminismo, desde la resistencia a estos gobiernos conservadores, intentó encauzar sus luchas, críticas, demandas y proyectos en estos formatos.

El 2001 marcó un quiebre en la política en Argentina. La crisis vivida está relacionada con el fracaso del modelo neoliberal de la década de 1990, que tuvo también su correlato en otros países de América Latina. A partir del 2002 se inicia un proceso de transformación política. El gobierno de Néstor Kirchner vuelve a poner al Estado en el centro de los procesos de regulación entre la sociedad y el mercado. Genera un cambio cualitativo en la centralidad de esta institución con la promoción de políticas públicas que permitieron recomponer las necesidades y demandas de gran parte de la sociedad.

En este marco, los movimientos feministas, en la primera década del segundo milenio en Argentina, formaron parte de una agenda que el Estado incorporó en relación a los derechos sexuales y reproductivos. Estos derechos corresponden a los de tercera generación que ponen en juego el reclamo por la autonomía y el reconocimiento de las mujeres como sujetos con capacidad de decidir libremente sobre su propio cuerpo. No obstante, Graciela Di Marco (2019) alerta sobre la autonomía y la ciudadanía sexual que aún falta alcanzar en el marco normativo y de políticas:

La lucha por la legalización del aborto viene desde hace por lo menos treinta y seis años, casi tantos como el proceso de democratización iniciado en Argentina en 1983, al que acompañó. Se amplificó en los Encuentros Nacionales de Mujeres (ENM), que son el punto nodal de expansión y articulación de las demandas feministas. El proyecto de ley

propio individuo, profundizando la diferencia entre quienes tenían los medios para hacerlo y quienes no los tenían. A su vez, las políticas de privatización y desindustrialización aumentaron la masa de personas desempleadas generando “nuevos pobres”. El achicamiento del Estado limitó al máximo el acceso a la salud y a la educación sobre todo de los sectores que no tenían recursos para acceder al sistema privado.

ha sido debatido colectivamente por más de doce años y presentado siete veces al congreso. En los años transcurridos, diversas organizaciones y redes se han organizado, muchas se canalizaron desde 2005 en la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Diez años después emergió el colectivo NUM, y en marzo de 2018 el Congreso inició el tratamiento del proyecto de legalización de la Campaña (p. 63).

Este proceso de interpelación y apelación al Estado en sus diversos poderes y esferas, cuando este se constituye como una arena política de negociación, permite avances cualitativos en el marco de la implementación de las políticas públicas. En Argentina, a partir del 2002, se construye un marco normativo que incorpora los derechos de las mujeres en este ámbito, con la aprobación de leyes y programas que permiten el acceso a estos derechos. En estos últimos años, con las marchas del “Ni una Menos” y de la Campaña, aparecen en la escena pública de manera masiva y contundente. Jóvenes que abrazaron la lucha por la legalización del aborto, se manifestaron en los pañuelazos del 19 de febrero de 2018, 2019 y 2020, en las gigantescas manifestaciones del 8 de marzo, en las vigiliadas del “13J” y “8A” del 2018. Sin dejar de mencionar lo que significó como proceso político la reforma del código civil para habilitar el matrimonio igualitario y la ley de identidad de género.

Las demandas se están gestando desde diferentes generaciones, sexualidades, territorios, y grupos étnicos que reafirman los derechos sexuales (entre otros) con un discurso no esencialista de la sexualidad, que no la vincula a la reproducción (Di Marco Graciela, 2012; Pecheny Mario, 2007). Estos nuevos actores se manifiestan masivamente en el espacio público, ponen el cuerpo en las calles y hacen activismo mediante las redes sociales.

No hay dudas que los movimientos feministas fueron tomando volumen y agencia. Interpelaron la estructura del Estado en lo que se refiere al poder judicial, al sistema educativo, al sistema de salud, a medios masivos de comunicación, en las organizaciones sociales y políticas diversas, generando un debate y acciones que permitieron modificar prácticas sexistas y misóginas. Aún queda en agenda pendiente la cantidad y el horror de los femicidios que ocurren en todo el territorio nacional, que tanto el movimiento como las políticas públicas no pueden todavía lograr que esta terrible situación no ocurra.

Referencias

Abramovich, Victor. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de La Cepal* 88, 35-50.

Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo. AWID. (2004) *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*. https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/interseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf

Bartra, Eli. (2012). Acerca de la investigación y la metodología feminista en Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales. En Norma Blazquez Graf. Fátima Flores Palacios. Maribel Ríos Everardo (Coord). *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México. México. CLACSO. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf

Barroso, José María. (2014). Feminismo decolonial: una ruptura con la visión hegemónica eurocéntrica, racista y burguesa. Entrevista con Yuderkys Espinosa Miñoso. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales (III)*, 22-33. <https://iberoamericasocial.com/feminismo-decolonial-una-ruptura-con-la-vision-hegemonica-eurocentrica-racista-y-burguesa/>

Barrancos, Dora. (2014). Los caminos del feminismo: historias y derivas. Voces del Fenix N° 32, 1-6. <https://drive.google.com/file/d/1tteHshwI4yAMTjbv10VaUZ4NXiyKQ9R2/view>

Brugo Marcó, Nina. (2014). Historia sobre los Movimientos Nacionales de Mujeres. Voces en el fénix, N° 32, 142-150. Argentina. <https://drive.google.com/file/d/1tteHshwI4yAMTjbv10VaUZ4NXiyKQ9R2/view>

Campagnoli, Mabel. (2018). Epistemologías críticas feministas. Aproximaciones actuales. *Descentrada* 2, e047, 47-57. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.8897/pr.8897.pdf

Ciriza, Alejandra. (2015). Construir genealogías feministas desde el Sur: encrucijadas y tensiones. *MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales*, Vol. II N° 3, 83-104. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/millca-digital/issue/view/50/38>

Colazo, Carmen. (2009). Feminismos en América Latina Globalizada/Localizada. Nuevas democracias. Nuevas Izquierdas, en deuda con la equidad de género. ¿Un espacio amigable para una utopía posible? *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 105-118. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000200007

Di Marco, Graciela. (2012). Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina. *SER Social*, Brasilia. V. 14, n. 30, 210-243.

https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12830/11203

Di Marco, Graciela; Fiol, Ana; Schwarz, Patricia. (2019). *Feminismos y populismos del siglo XXI: frente al patriarcado y al orden*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

Federici, Silvia. (2013). *El Calibán y la Bruja*. Editorial Traficantes de sueños. Ver en <https://calibanylabruja.blogspot.com/2013/04/caliban-y-la-bruja-mujeres-cuerpo-y.html>

Foucault, Michel. (2003). *Historia de la sexualidad*. Volumen 1. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Heteronormatividad presente desde el primer día de clases. (28 de agosto de 2018). *La Tinta*. <https://latinta.com.ar/2018/08/heteronormatividad-presente-primer-dia-clase/>

Levin, Silvia. (2010). *Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Buenos Aires: Espacio Editorial.

Lugones. María. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, N.9, 73-101. <http://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>

Maffia, Diana. (2007). Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 63-98. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100005

Mattio, Eduardo. (2012). ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual. En Morán Faúndes, J. M., Sgró Ruata, M. C. y Vaggione, J. M. (eds.) *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Ciencia, Derecho y Sociedad, UNC: Córdoba.

Segato, Rita. (2015). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda*. Buenos Aires: Prometeo libros.

Tapia, Luis (2009). *Movimientos sociales, movimientos societales y los no lugares de la política*. Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano. Clacso. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100829034923/17_tapia.pdf

Capítulo 2

Ciudadanía y Derechos. Disputas y tensiones en la construcción de ciudadanía sexual

Rossana Crosetto

Ciudadanía y Derechos

Desde la década de los 90 en adelante, el debate en torno a los distintos enfoques de ciudadanía y de derechos ha adquirido centralidad creciente, ya sea desde el punto de vista teórico como político para el análisis y explicación de numerosos problemas actuales como son el desempleo, la equidad de géneros, problemas de gobernabilidad, entre otros.

Siguiendo a Chantal Mouffe (1999), entendemos por *ciudadanía* a la forma de identidad política que se identifica con los principios de la democracia pluralista, como la afirmación de la libertad y la igualdad para todos quienes comparten un conjunto de valores ético-políticos. En este sentido, dicha categoría conceptual, desde los aportes de las teorías y perspectivas feministas, presenta potencialidades para orientar la reorganización de las relaciones sociales sobre la base de la renovación de consensos en la comunidad política actual.

El vínculo de ciudadanía se consolida a partir de tres planos: el jurídico, el político y el sociológico.

2.a.1. El plano jurídico

Este eje plantea la tensión entre la igualdad y la diferencia frente a la ley. La concepción del derecho positivista, liberal con base en la afirmación de que todas las personas nacen libres e iguales, reduciendo la ciudadanía a un estatus legal construida con un formato universal, racionalista, neutralizó el reconocimiento de la división y las diferencias (Mouffe Chantal, 1999; Levin Silvia, 2010). En este sentido se impone una concepción hegemónica de los derechos y el trato igualitario se establece sobre parámetros mayoritarios donde las diferencias se ocultan, por lo tanto, los sectores vulnerables, oprimidos se encuentran en desventaja porque al no compartir los estatutos de la voluntad general no son contempladas las necesidades e intereses particulares.

La ciudadanía sustantiva, que hace referencia al real acceso y ejercicio de esos derechos que se encuentran legitimados por los instrumentos jurídicos, amplía la concepción formal en tanto estatus alcanzado por el solo hecho de pertenecer a una comunidad, de carácter nominal y uniforme. Las nociones de universalidad e igualdad tienen limitaciones para reconocer, otorgar valor a la diferencia –raza, género, culturales– por lo que las políticas de reconocimiento e identidad adquieren connotaciones importantes en las luchas por su distribución, siendo esto un desafío para el Estado y los gobiernos.

2.a.2. El plano político

Refiere a la participación en los asuntos atinentes a la comunidad política. Por un lado, como participación en la vida pública y, por otro, como conjunto de responsabilidades derivadas de la pertenencia. Aquí también se pone en tensión como incide la desigualdad social en cuanto a la autonomía para una libre elección y en la posibilidad concreta de participar en los espacios en donde se dirime lo político.

En este plano el vínculo ciudadano se consolida por medio de políticas públicas. Son éstas (como las destinadas a salud sexual y reproductiva) las que determinan el alcance de los derechos y garantizan su ejercicio al tornar viables o no las decisiones en la medida que se le asignan contenido a los mismos. Esas decisiones políticas plasmadas en acciones portan intereses de género que impactan en las personas y en sus formas de vida. Justamente los derechos propenden a alcanzar condiciones de vida digna en tanto requisito de existencia de ciudadanía y resultado de su ejercicio.

2.a.3. El plano sociológico

Resalta el fenómeno de la inclusión y la exclusión. Hay una oferta homogénea de titularidades en cuanto derechos, pero el acceso y el ejercicio está mediada por una provisión asimétrica. En función de ello surge la categoría de ciudadanía diferenciada, que plasma el reconocimiento de antagonismos no derivados únicamente de las condiciones socioeconómicas sino las de género, generación, raza u otras surgidas alrededor de los ejes socioculturales.

La concepción de ciudadanía en una democracia apunta, siguiendo a Silvia Levin (2010), a la construcción de una identificación común en la cual los principios de libertad e igualdad tengan un significado compartido y la lucha de intereses, confrontaciones y acuerdos por su ampliación, sostienen las posibilidades de cambio. Siguiendo a la autora, “la reproducción y la

sexualidad también integran la lista de las exclusiones de la inclusión como atribuciones de ciudadanía plena de la mujer en nuestro sistema democrático actual” (Levin Silvia, 2010, p. 74).

Entonces, cuando hablamos de los *derechos sexuales y (no) reproductivos*, lo hacemos desde un posicionamiento centrado en la ciudadanía democrática plural (Mouffe Chantal, 1999). La misma está referenciada en la categoría de ciudadanía sustantiva, diferenciada y de interseccionalidad, que incluyen necesariamente la condición de desigualdad social, como atravesamientos necesarios para su debate, entendiendo que lo universal se inscribe en el corazón de lo particular y en el respeto a las diferencias.

Lo público y lo privado

La salud sexual y (no) reproductiva en los cuerpos de mujeres y disidencias comienzan a ser considerados objeto de debate público y político, asuntos legítimos de demanda en países latinoamericanos en pos de su democratización social, de la mano de movimientos feministas en sus luchas por la autonomía.

La gran división entre el espacio público y el privado, asentada en la versión liberal de la democracia y la ciudadanía, fue fuertemente criticada por el feminismo desde sus orígenes. La misma remite a pertenencias y espacios diferenciales para mujeres y varones, cuyas consecuencias políticas, sostiene Josefina Brown (2009), están ancladas al cuerpo y a la sexualidad. Ambas categorías, la primacía de una sobre otra, presentes desde los inicios de la modernidad política, dan cuenta de posiciones liberales o republicanas –comunitaristas– para abordar el tema de los derechos sexuales y reproductivos.

Brevemente intentaremos abordar los significados atribuidos a cada espacio, desde la perspectiva de ciudadanía y de género, sin desconocer cómo se fueron moviendo estas fronteras (presentadas como dicotómicas) en diversos momentos históricos frente a los reclamos y resistencias de grupos excluidos y los cambios sociales, políticos, culturales, económicos y tecnológicos del contexto.

La supremacía de lo privado sobre lo público desde la tradición liberal y la influencia clerical (sentido común dominante) recluyó a las mujeres al ámbito doméstico-familiar (privado e íntimo) por su capacidad de reproducir la especie humana, excluyéndola del espacio público ocupado sólo por los varones.

La familia monogámica y burguesa ocupa un lugar central en la reproducción del orden social patriarcal. El contrato sexual-matrimonial, que implica relaciones de subordinación, sujeción para las mujeres como mandato heterosexual, impone modos legítimos y hegemónicos

de entender la(s) sexualidad(es), la reproducción. En cambio, la tradición republicana y comunitarista, ubica estos asuntos en el ámbito público, asociado a lo político, como asunto de interés colectivo y relacionado con la intervención activa del Estado en términos sociales, generales. Desde esta perspectiva, la interpretación de las necesidades en los diferentes poderes del Estado, ante la pluralidad de públicos, generan las normas y las políticas desde el enfoque de una ciudadanía integral.

La esfera pública, según Hannah Arendt (2005), es el espacio que se identifica con el mundo, lo que nos es común a todos, “el mundo, como todo lo que está en medio, une y separa a los hombres al mismo tiempo” (p. 62). En este sentido, es necesario diferenciar lo político y la política desde la perspectiva de Chantal Mouffe (1999), entendiendo que lo político está relacionado por naturaleza al poder, al conflicto y al antagonismo, mientras que la política, refiere a lo empírico, está relacionada con las prácticas e instituciones que formulan ciertos propósitos con los que buscan mantener o construir hegemonía. Luis Tapia (2009) aporta en esta dirección y define a la política como:

Una práctica que resulta del movimiento de lo social en el tiempo y que los lugares de la política son definidos por la misma sociedad. Las sociedades modernas, a través de la ciudadanización y la democratización del Estado han producido un espacio privilegiado de la política en el seno del Estado. La sociedad civil, se organiza para hacer política desde lo sectorial, desde sus demandas, sus necesidades y en algunos casos se institucionalizan para interactuar con el Estado (p. 1).

Es el propio espacio de la política en el cual la ciudadanía libra luchas por el poder y disputas de sentidos discursivos sobre asuntos comunes. También allí se construyen y modelan acuerdos intersubjetivos. Espacio que no sólo es el lugar donde los problemas se visibilizan para todos sino, como sostiene Benhabib Jeep (2006), es el lugar donde se discute su legitimidad y legalidad en términos de (qué) derechos.

Esos debates en torno al sentido de la política y lo político es lo que el feminismo, junto a otros movimientos sociales, vienen produciendo desde mediados del Siglo XX. Ponen en discusión los asuntos vinculados al cuerpo, la sexualidad, la reproducción y anticoncepción bajo el lema *lo personal es político*. Esta posición cuestiona el modelo tradicional de política basado fundamentalmente en la gran división público-privado, en un sujeto político racional, objetivo y universal. Estos movimientos lograron construir, al decir de Nancy Fraser (2008), nuevas dimensiones de la justicia que buscan transformar lo que normalmente se entiende por lo que

es justo y para quién, colocando este debate como sus reivindicaciones en el marco de los Estados y la sociedad.

Los movimientos de mujeres y otras identidades sexuales no sólo han transformado los sentidos de la justicia sino también las maneras de actuar. Sus prácticas y discursos rompieron los lugares asignados y comportamientos esperados. Politizaron las necesidades surgidas de la esfera privada-personal -despolitizadas- fugándolas de esos enclaves discursivos domésticos. Las llevaron al terreno de lo social donde les esperan otros tipos de luchas y disputas de sentidos entre interpretaciones rivales en torno a las necesidades sociales, las formas de satisfacción (hegemónicas, de profesionales, contrapúblicos), construcciones de identidad social (Fraser Nancy, 1991).

En síntesis, lo social, entendido como un territorio de conflicto, es el espacio donde las necesidades politizadas se presentan como problemas sociales. También como demandas populares construidas en torno a los derechos humanos, a la justicia social, a la redistribución y el reconocimiento (Fraser Nancy, 1997), que requieren ser resueltas políticamente pasando a ser de responsabilidad colectiva.

El lenguaje de los derechos sexuales

Los derechos humanos construyen derechos de ciudadanía para todes. Aportan a la construcción de las identidades y a la revalorización de la diferencia, sin asimetría –como concepto que potencia la ciudadanía– según Gabriela Rotondi (2009).

La idea de los derechos de las mujeres, sin lo humano y lo internacional, es un concepto reciente afirma Alda Facio (2003), en el marco del modelo hegemónico patriarcal dominante. Es el movimiento feminista, a finales de los años ochenta, el que pone en tensión al sesgo androcéntrico de los derechos humanos y comienza a proponer uno más inclusivo, que reconozca a las mujeres de todos los colores, edades, capacidades, regiones y a la diversidad de prácticas sexuales, religiosas y culturales.

El feminismo tuvo que seguir luchando por su humanidad aún después de que se aceptó la noción de derechos humanos internacionales –Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948– para todos (por “todos” entiéndase “todos los hombres”, por supuesto: Facio Alda, 2003, p. 18)

El tratamiento de los derechos humanos de las mujeres y sus procesos identitarios deben ser necesariamente analizados en un contexto global, especialmente después de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena (1993).

En esa conferencia también se reconocieron específicamente los derechos humanos de las mujeres, así como las obligaciones de los Estados de protegerlos, promoverlos y garantizarlos, incluyendo el derecho de vivir libre de la violencia de género (Facio Alda, 2003, p.16).

La década de los 90 se reconoce por la conquista de los derechos humanos y centralmente los derechos de la mujer. Se instalan universalmente sus aspiraciones ciudadanas en las sucesivas Cumbres Mundiales, que otorgaron jurídicamente la jerarquía universal de derechos humanos a los de la mujer (Levin Silvia, 2010). Sin dudas el debate planteado aún sigue abierto e interpelando(nos) el alcance real de la ciudadanía de las mujeres y otras identidades sexuales en relación a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, entre otros tantos asuntos.

El enfoque de derechos presenta un carácter normativo vinculante basado en los principios y estándares del Sistema Internacional de Derechos Humanos, incluyendo los civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Los Estados que han firmado y ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁴, como Argentina –que además lo incorpora a la Constitución Nacional en 1994. Dichos países están obligados a respetar, proteger, garantizar y promover⁵ (hacer efectivo-satisfacción) cada uno de esos derechos en base a la norma universal. Para ello los Estados deben proporcionar instituciones, leyes, marcos regulatorios, políticas, programas y recursos además de acuerdos políticos que regulen o se construyan sobre la base de la convivencia en sociedad, en un espacio-tiempo históricamente determinado para su efectivización.

En el marco de los Derechos Humanos consideramos a los derechos sexuales y (no) reproductivos inalienables, intransferibles e indivisibles. Implican autonomía y capacidad de las personas a decidir libre, responsable y placenteramente. Siguiendo a Josefina Brown (2009), estos incluyen los derechos relativos a:

1. La seguridad en el embarazo, parto, puerperio, pero también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida, es decir aquellos eventos relacionados con la reproducción.

⁴ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entró en vigencia el tres de enero de 1976. A la fecha los Estados partes de América Latina y el Caribe son 26.

⁵ Siguiendo a Abramovich, Victor y Courtis, Christian, "las obligaciones de respetar se definen por el deber del Estado de no injerir, obstaculizar o impedir el acceso, el goce de los bienes que constituyen el objeto del derecho. Las obligaciones de proteger consisten en impedir que terceros ingieran, obstaculicen o impidan el acceso a esos bienes. Las obligaciones de garantizar suponen asegurar que el titular del derecho acceda al bien cuando no puede hacerlo por sí mismo. Las obligaciones de promover se caracterizan por el deber de desarrollar condiciones para que los titulares del derecho accedan al bien. Garantizar y promover exigen un deber de respeto o de protección del Estado". (Abramovich y Courtis, 2002, p. 29)

2. Decidir si tener o no hijos, con quién, cómo y cuántos; a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con anticoncepción y aborto.
3. Al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia. Este eje es parte de unos de los objetivos del Milenio acerca de la Reducción de la Mortalidad Materna y el acceso a la efectiva cobertura de Salud. Se inscribe en el debate por el acceso a la autonomía y a la autodeterminación en materia de salud sexual (aborto legal).

Por su parte Graciela Di Marco (2012) recuperando a Diane Richardson (2000), incluye las formas de relaciones y conductas sexuales, que implican una concepción subyacente sobre la sexualidad. En este sentido entendemos que el sexo, el género y la sexualidad no configuran destinos biológicos ni ontologías ahistóricas, sino, por el contrario “el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales por el despliegue de una tecnología política compleja” (De Laurentis Teresa, 1989, p. 8).

Pensar el cuerpo de las mujeres, las sexualidades, reproducción y anticoncepción que, con el devenir socio histórico, han conformado espacios conflictivos objeto de apropiación social –sometido a discursos, prácticas médicas, reglas morales, normas, controles religiosos, disputas políticas, intereses económicos–, desde la perspectiva de los Derechos Humanos, amplía la mirada en torno a los derechos sexuales y reproductivos. La misma pone el acento en la construcción política de las sexualidades y la función reproductiva heteronormativa a partir de la autonomía y la libertad de disposición de los cuerpos y sexualidades.

Desde allí y con los aportes teóricos y políticos del movimiento feminista y de otras identidades sexuales recuperamos la categoría de ciudadanía sexual en tanto:

Enuncia, facilita, defiende y promueve el acceso efectivo de los ciudadanos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de una subjetividad política que no ha sido disminuida por las desigualdades basada en las características asociadas con el sexo, el género y la capacidad reproductiva (Monte María Eugenia y Gavernet Leticia, 2012, p. 160, citando a Cabral y Viturro, 2006).

Estamos hablando de les ciudadanes y de lo político, convirtiendo al derecho en un lugar de inclusión y exigibilidad ante la justicia para garantizar su acceso. En estas disputas entendemos que las leyes y normas no garantizan la igualdad entre las personas, por su (re) producción desde visiones hegemónicas, patriarcales y heterosexuales. Sin embargo, ofician de

marco regulatorio dentro del cual la ciudadanía puede moverse con ciertos márgenes de participación activa y libertad, dentro de las reglas de juego imperantes.

Como sostiene Josefina Brown (2009), el lenguaje del derecho, que es el lenguaje mediante el cual se resiste y se demanda, es central para los grupos oprimidos. La ley, en este sentido, es el lugar donde adquieren visibilidad y reconocimiento las demandas populares, constituyéndose en asuntos de orden público y político.

Referencias

- Abramovich, Victor y Courtis, Christian. (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.
- Arendt, Hannah. (2015). *La condición humana*. Argentina-Madrid-México: Ed. Paidós.
- Benhabib, Jeens y Przeworski, Adam. (2006). La economía política de la redistribución en democracia. *Economic Theory*, 29, 271-290. <https://doi.org/10.1007/s00199-005-0002-5>
- 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 en Sexualidad, Salud y Sociedad. *Revista Latinoamericana*, núm. 2, pp. 10-28. Centro Latinoamericano em Sexualidade e Direitos Humanos. Río de Janeiro, Brasil.
- De Laurentis, Teresa. (1989). *La tecnología del género*. Tomado de Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction, London, Macmillan Press.
- Di Marco, Graciela. (2012). Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina. *SER Social*, V. 14, n. 30, 210-243
https://redib.org/Record/oai_articulo2389103-las-demandas-en-torno-a-la-ciudadan%C3%ADa-sexual-en-argentina
- Facio, Alda. (2003). Los derechos humanos desde una perspectiva de género y las políticas públicas. *Otras Miradas*, vol. 3, 15-26 Universidad de los Andes Mérida, Venezuela. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18330102>, consultada 29 de mayo 2020
- Fraser, Nancy. (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, Número 6, pág.88-93
<https://newleftreview.es/issues/0/articles/nancy-fraser-de-la-redistribution-al-reconocimiento-dilemas-de-la-justicia-en-la-era-postsocialista.pdf>
- Fraser, Nancy. (1997). *Justitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Caracas: Siglo del Hombre.
- La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. (1991). *Debate Feminista*. Marzo, México DF.
- Levín, Silvia. (2010). *Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Argentina: Editorial Espacio.
- Monte, María Eugenia y Gavernet, Leticia. (2012). La incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en las constituciones de Argentina, Venezuela, Ecuador y Bolivia. En Morán Faúndes, José Manuel; Sgró Ruata, María Candelaria y Vaggione, Juan Marco (eds.). *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad.

Mouffe, Chantal. (1999). *El retorno de lo político. Comunidad, ciudadanía, pluralismo, democracia radical*. Buenos Aires: Paidós.

Rotondi, Gabriela. (2009). *Género y ciudadanía. En Derechos Humanos, géneros y violencias*. Material teórico del Seminario de Formación en Derechos Humanos, Género y Violencias dictado por el Programa Género de la Secretaría de Extensión Universitaria (UNC) <https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/LIBROGeneroFinalLow.pdf>

Tapia, Luis. (2009). *Movimientos sociales, movimientos sociales y los no lugares de la política*. Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano.

Capítulo 3

Reconocimiento y regulación de los derechos sexuales y reproductivos. El devenir normativo

Claudia Bilavcik - Ana María Miani - Silvina Baudino

En este apartado nos proponemos analizar el plano jurídico-normativo internacional y sus vinculaciones en nuestro país con el nivel nacional, provincial y municipal. Partiremos de la reconstrucción del proceso socio-histórico como una de las dimensiones constitutivas que fueron dando lugar al carácter de legalidad y legitimidad a los derechos sexuales y (no) reproductivos.

El escenario internacional

En el plano internacional, la concepción de *derechos sexuales y (no) reproductivos* como derechos humanos, quedó plasmada en diversos ordenamientos jurídicos que instalaron recomendaciones como parte del marco normativo y compromisos específicos de los Estados partes. Entre ellos destacamos la Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán (1968) y la Conferencia de Población de Bucarest (1974) como antecedentes internacionales en los que se enuncia parcialmente los derechos reproductivos. Posteriormente, la Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979), la Conferencia de Viena (1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial de la mujer (Beijing, 1995) marcan hitos en el proceso de institucionalización de los derechos sexuales y reproductivos ubicándolos como derechos humanos. No obstante, el reconocimiento formal y hecho político de los mismos permitió inscribirlo en un ámbito que exige un particular tratamiento y reflexión.

Sonia Montañó (1999) expresa que la Conferencia de Viena (1993) subraya la importancia de eliminar toda forma de violencia y discriminación en la vida pública y privada. Recupera las declaraciones de la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer (1979), también la Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán (1968) en las que se reafirma el derecho de la mujer a una atención de salud accesible

y adecuada a los servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación en todos los niveles.

Los consensos logrados en la Conferencia del Cairo (1994) permitieron paulatinamente definir y articular agendas sobre los derechos de la mujer desplazando críticamente el tema sobre *población y desarrollo*, predominantes hasta entonces, esto es: las críticas hacia las políticas demográficas y el impacto de éstas sobre el cuerpo de las mujeres, las presiones ejercidas limitando sus decisiones y el derecho a su consentimiento para la realización de ciertas prácticas. Asimismo, queda plasmado por primera vez a través de dicho documento internacional, la salud sexual (junto a otros) como derecho que los programas de población y desarrollo deben proteger (Vaggione Juan Marco, 2012, p. 47).

Como sostiene Montaña (1999), la consideración del impacto diferenciado entre hombres y mujeres, abre la posibilidad de incorporar en el análisis y en la agenda feminista la incidencia de factores socioculturales –etnias, sector social, ubicación geográfica– y eliminar toda forma de coacción en relación a la salud.

En tanto la IV Conferencia Mundial sobre la mujer en Beijing (1995), afirma que la salud reproductiva incluye la salud sexual. El objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, la salud es un concepto más amplio que incluye a la reproductiva.

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad... sobre la base del respeto recíproco y las relaciones igualitarias entre el hombre y la mujer respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el respeto a la plena integridad de la persona (CCMW).

En la misma se consolida el proceso a través de la “Plataforma de Acción que promueve políticas concretas para institucionalizar la perspectiva de género a nivel nacional” (Levin Silvia, 2010, p. 76). Se llega al consenso de considerar al aborto como problema de salud pública con el compromiso de los Estados a revisar las leyes penales al respecto, aún con la firme oposición de la iglesia católica. No obstante, estos lineamientos, los debates acerca del cuerpo y la sexualidad de las mujeres configuran aún un escenario incierto (Sonia Montaña, 1996).

Este recorrido a nivel internacional permite reconocer la década de los años 90 por la conquista de los derechos de la mujer. Según Silvia Levin, “al instalar universalmente sus aspiraciones ciudadanas” –expresadas en las sucesivas Cumbres Mundiales– “que asentó jurídicamente la jerarquía universal de derechos humanos a los derechos de la mujer” (2010, p.

75), no como simples y mecánicas concesiones de los organismos de cooperación internacional sino producto de las luchas populares y democráticas, la producción de conocimientos y debates del movimiento internacional, ampliaron la agenda de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Todo ello jugó un papel fundamental sin el cual no sería posible entender los procesos ni los resultados alcanzados.

A partir de la Asamblea General de Naciones Unidas en New York (2000) y posteriores Cumbres, se incorporan como Objetivos del Milenio temas vinculados al empoderamiento y autonomía de las mujeres. Fue el resultado del cuestionamiento sobre “los enfoques de desarrollo excluyentes y estatistas y el androcentrismo de los derechos humanos” al decir de Sonia Montañó (1999, p 10). No obstante, se advierte que el tema de la sexualidad y reproducción se consideran aún exclusivos del campo de la salud en toda la región y se pone menos énfasis como derechos de ciudadanía (Levin Silvia, 2010, p. 78).

Entre los temas que se instalan en las agendas internacionales y regionales en el periodo analizado, aparece el de los derechos sexuales y reproductivos como problema social, devenido de las cifras sobre mortalidad materna y embarazos adolescentes. Interpela a los Estados a asumir responsabilidades frente a ello como derechos humanos de salud. Esto significa un avance en su reconocimiento en el campo de la salud, “resta entidad a la libertad que es inherente a la sexualidad y a la reproducción como esferas de derechos de competencia individual” (Levin Silvia, 2010, p. 79).

La dimensión jurídica y política-institucional en Argentina

En un escenario de hegemonía patriarcal y heteronormativo en la organización social y política de las relaciones entre los géneros, en nuestro país podemos identificar que en los últimos sesenta años los temas vinculados a la sexualidad, reproducción y anticoncepción han generado conflictos de intereses y ciertos consensos argumentales de una multiplicidad de actores intervinientes con posiciones contrapuestas en una u otra dirección. Esto genera disputas de sentidos en torno a la definición y tratamiento público de estos asuntos como derechos (políticos y normativos) y como contenido de las políticas de Estado, procedimientos y formas de tratamiento.

Los debates públicos sobre el tema comienzan a adquirir visibilidad con la vuelta de la democracia en los años 80. No obstante, anterior a este periodo, se registraron acontecimientos (actos e intervenciones) vinculados a la salud de las mujeres que mostraron diversas posiciones de actores con incidencia en el escenario local e internacional.

Desde mediados de los años 50, Argentina experimentó una tendencia descendente de su tasa de natalidad. A nivel mundial hubo un acelerado aumento de la población mundial y los pronósticos de escasez de recursos y agotamiento del ecosistema. Entonces, para frenar la explosión demográfica y sus desestabilizadores efectos sobre el sistema capitalista, tomó prioridad en la agenda internacional la regulación de la fecundidad en el Tercer Mundo. Se implementaron programas de planificación familiar en las poblaciones de bajos recursos en los países desarrollados y en países pobres, a los fines de evitar las posibles consecuencias y sus efectos políticos en el marco de la guerra fría.

Argentina formó parte de los gobiernos que no aceptaron que este diagnóstico se reflejara en la realidad del país, optando por una política demográfica propia. Cabe señalar que, a pesar de las diferencias y disputas políticas de estas décadas de democracias interrumpidas, en algún punto coincidían con muchos intelectuales apoyados en la teoría de la dependencia. Ellos vieron en las recomendaciones a favor del control de la natalidad una nueva forma de imperialismo que condicionaba la soberanía de los Estados y las libertades individuales. Lejos de responder a las necesidades geopolíticas de los países centrales, lejos de solucionar los problemas de desarrollo.

El gobierno militar de la autoproclamada Revolución Argentina (1966-1973) crea el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad. Específicamente, se instaba a aumentar la natalidad y proteger a la familia numerosa, disminuir la mortalidad infantil y atender a la inmigración con una política selectiva. Respondía así, a los postulados prevalentes en la iglesia católica.

Recuperando los distintos eventos políticos y académicos en las décadas 60 y 70, la autora Felitti (2008, p. 519), nos aporta que la aparición de los anticonceptivos orales. Genero distintos debates, por un lado, en relación a: los efectos en la salud de las mujeres, la moral y las buenas costumbres; al crecimiento demográfico del país; y en los programas de desarrollo económico. Por otro, respondía a las demandas de las propias mujeres y de gran parte del movimiento feminista que vio en la nueva tecnología reproductiva un signo de liberación.

Con la vuelta del peronismo en 1973, parte de los objetivos del Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional (1974-1977), fue aumentar la población. Ante esto, los discursos y acciones favorables a la planificación familiar aparecían como obstáculos para el cumplimiento de los objetivos demográficos y la defensa de la soberanía nacional. Se establecía como meta llegar a los 50 millones de habitantes en el año 2000, con el eslogan peronista de una América Latina unida y no dominada. Estas posiciones pro-natalistas encontraron apoyo en la jerarquía católica, evidenciándose la incidencia de la religión en las intervenciones públicas. Cabe referenciar que, desde el Ministerio de Bienestar Social a cargo de J. López Rega, se implementaron medidas coercitivas. Ejemplo de ello ha sido el control de la comercialización y

venta de productos anticonceptivos; se cerraron consultorios de planificación familiar que funcionaban en los hospitales públicos; y los servicios que continuaron fueron por buena voluntad de profesionales a cargo.

En relación a lo anteriormente mencionado, Karina Felitti (2008) señala que durante este período peronista:

Esta situación implicó que la disposición no afectará a toda la población por igual: la medida obstaculizó la difusión de información sobre el control de la natalidad y el acceso a métodos anticonceptivos a los grupos sociales más desfavorecidos, precisamente aquellos de mayor tasa de fecundidad; quienes pudieron acceder a la medicina privada, lograron sortear la prohibición gubernamental y mantener la atención profesional en estos temas (p. 523).

En este contexto aparecen voces como medios de comunicación, asociaciones profesionales, etc., acerca de la política del gobierno de turno. Estas mostraron divergencias desde los distintos posicionamientos. Entre estos actores se encontraban agrupaciones feministas que se manifestaron en contra de los contenidos del decreto peronista. Los grupos que habían ido surgiendo desde principios de los años 70 incluían en su agenda de reivindicaciones la defensa de los derechos a la sexualidad, anticoncepción y aborto.

La permanencia de esta normativa durante la dictadura militar, obedecería a la escasa capacidad e imposibilidad de movilización de la sociedad civil. La misma estaba restringida por prácticas autoritarias, desarticulación del movimiento de mujeres y el Frente de Liberación Homosexual, por lo que cualquier propuesta de cambio quedó aletargada. En este periodo:

La política del terrorismo de estado no dejaba lugar a la disidencia y postulaba el ideal de la gran familia argentina: católica, nacionalista, autoritaria, sostén del orden patriarcal y del esquema político vigente. A partir de 1983, ya en democracia, el peso de la deuda externa, la difícil situación económica y el papel de los militares en el nuevo contexto, fueron los temas más discutidos y esta cuestión que afectaba especialmente la vida de las mujeres, no se consideró urgente ni prioritaria (Felitti Karina, 2008, p. 532).

La recuperación democrática en 1983 no trajo cambios inmediatos. Hubo que esperar hasta 1986 para que el gobierno mediante el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional (PEN) N° 2.274/86 reconociera formalmente el derecho de las parejas a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de sus hijos. A través del mismo se derogan otros promulgados en los

gobiernos de Isabel Perón, como el decreto 659/74 y el correspondiente a la dictadura cívico militar 3.938/77, que restringían el acceso a métodos anticonceptivos (Cepeda Agustina, 2008, p. 25). Progresivamente fue ampliándose el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y la exigencia al Estado para garantizar su ejercicio. En la década del 90 comienzan a incorporarse a la agenda gubernamental a pesar de un contexto de achicamiento, descentralización, privatización, focalización, ajuste fiscal, aumento de la pobreza y desigualdad social.

El modelo de centralidad estatal, en los años 90, sufrió reformas en el marco de las políticas neoliberales propuestas por los organismos internacionales de crédito –FMI, Banco Mundial, BID, entre otros. El desempeño de las políticas sociales de corte universal se encuentra afectado en el contexto de crisis financiera. A nivel provincial, se manifiesta abiertamente con la restricción de servicios sociales y el cierre de establecimientos. El mercado aparece como el asignador más eficiente. La salud es considerada un servicio que se adquiere según la capacidad de pago de cada persona y en función de las leyes de la oferta y la demanda.

La Reforma Constitucional de 1994 significó un avance en la esfera de los derechos de la mujer. El Estado los define y reconoce como derechos sexuales y reproductivos en adhesión a tratados internacionales sobre Derechos Humanos (DDHH). Adquirieron jerarquía constitucional la Declaración Universal de los DDHH de 1948 y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 (CEDAW). De esta manera se amplían los derechos de la mujer en su relación con el Estado y la sociedad. Se reconfigura el proceso de construcción de ciudadanía en tanto los inherentes a la sexualidad y reproducción son concebidos como aspectos vinculados a la plenitud y a la salud humana, adquiriendo el rango de derechos sociales.

La adhesión a declaraciones y pactos internacionales con rango constitucional no significó para el Estado nacional necesariamente su respeto y compromiso efectivo. Ello implicó no sólo una problemática desde el punto de vista jurídico sino también político, en estrecha relación con problemas de justicia social que, en términos de Nancy Fraser (2008), remiten a la política de redistribución y a la de reconocimiento de las diferencias.

Dependiendo de las coyunturas económicas, sociales, políticas e ideológicas, las leyes y normativas de las que se derivan las acciones asistenciales, preventivas y de promoción del Estado para con las personas, pueden ser vulneradas o incumplidas. Tal es el caso de la ciudadanía sexual, que expresa las diversidades y sus múltiples articulaciones en el contexto de los cambios culturales marcados por la emergencia y consolidación de nuevos movimientos sociales, en los cuales convergen diferentes demandas.

La noción de ciudadanía se ve interpelada por la confluencia y articulación de las demandas tanto feministas como LGBTTIQ+ y la inclusión de nuevos derechos. Tal situación que tiene una clara incidencia en las prácticas de intervención en el marco de las políticas públicas, especialmente en salud pública.

Entre 2002 y 2015 se aprobaron leyes, se construyeron marcos normativos y programas que promovieron el acceso a derechos. El Estado, con fuerte intervención en la política vinculada a los derechos humanos, configuró un marco de mayor credibilidad y reconocimiento sobre los procesos de inclusión en la agenda pública de algunos de los reclamos históricos. Fueron organizaciones y movimientos sociales que introdujeron cambios significativos en la relación Estado-sociedad, generando procesos de interlocución, debate, reconocimiento y atención de demandas sociales.

En relación al tema que nos convoca y en el escenario descrito, el avance paulatino estuvo dado por la disputa en la arena de lo público de organizaciones de mujeres y otras identidades sexuales. A partir de demandas de ciudadanía sexual, asentada en la libertad plena sobre sus cuerpos como adquisición política de identidad y la puesta en cuestión radical del orden patriarcal que conlleva la desigualdad de género. En este contexto, devinieron en el año 2002 en la sanción de la Ley Nacional 25.673, creando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable bajo el ámbito del Ministerio de Salud.

Asimismo, con avances y retrocesos en las discusiones entre múltiples actores (estatales, eclesiásticos, movimientos, profesionales, etc.), otras normativas nacionales se fueron sancionando en el período, ampliando derechos de las mujeres y otras identidades. Ejemplo de ello son: Ley 23.798 de SIDA, Ley 25.929 de Parto Humanizado, Ley 26.130 de Intervención quirúrgica de contracepción, Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario, Ley 26.743 de Identidad de Género, Ley 26.862 de Fertilización Asistida, entre otras.

La Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado (2004), en sus contenidos establece derechos de los padres y de la persona recién nacida, entre los que destacan: respetar los tiempos fisiológicos, poder elegir si quiere y con quién quiere estar acompañada la persona gestante, recibir información desde el equipo médico acerca de los procedimientos y consentir los mismos, elegir la posición para parir, cuidar la intimidad, entre otros. Es importante vincularla a la ley de prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres (2009). Allí se reconoce la violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra las mujeres⁶.

⁶ Se entiende por violencia obstétrica aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

La Ley Nacional 26.743 de Identidad de Género (2012) que junto a la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario (2010) constituyeron un avance en derechos y en materia de sexualidades. También incluye otras expresiones como la vestimenta, el modo de hablar y los modales. En su artículo 2 entiende:

Identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido (Ley Nacional de Identidad de Género, 2012, Art. 2).

Este cuerpo normativo genera un marco que recoge las reivindicaciones de diferentes movimientos sociales de la población LGBTTIQ+, del feminismo y activismos, de los aportes de cientistas sociales, entre otros. Da cuenta del reconocimiento por parte del Estado de prácticas médicas que acompañan el deseo en relación a la maternidad y paternidad. Reconoce la existencia de identidades diversas, pero fundamentalmente contribuyen a desnaturalizar el orden dominante, superando la lógica patriarcal del binarismo y la heteronormatividad, colocando la identidad autopercebida como campo de comprensión y abordaje de las sexualidades tendientes a visibilizar el reconocimiento de que no existe un único modelo válido de relaciones. Quizás esta ley es clave a la hora de pensar en las sexualidades y las deconstrucciones que se están realizando en una parte importante de la sociedad.

En el año 2013 se sanciona la Ley Nacional 26.862 de Fertilización Asistida. La misma da cuenta del reconocimiento por parte del Estado de prácticas médicas que acompañan el deseo en relación a la maternidad y paternidad. En el subsector de la salud pública son escasos los servicios de prestación, sin embargo, podríamos analizar que el reconocimiento de este derecho tuvo su demora en relación a los intereses económicos implicados, pero no fueron otras las resistencias, ya que se acerca al cumplimiento de la función maternal y la conformación de una familia que el patriarcado impone. También consideramos que esta ley posibilitó encontrar fisuras para acompañar la decisión de personas gestantes pertenecientes a la población LGBTTIQ+ en relación a cumplir con su deseo materno/paterno. Vale preguntarse si en aquel momento los sectores conservadores dimensionaron estas posibilidades. Aquellos históricamente discriminaron y violentaron a estas personas desde una lógica patriarcal, androcéntrica y heteronormativa.

Una significación especial cobra el tema de la Interrupción Legal del Embarazo (en adelante ILE) y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE). La ILE no es un asunto nuevo. Se encuentra contenida en el Código Penal de 1.921 que en su artículo 86 refiere que el aborto es no punible cuando fuera practicado por un médico en ocasión de:

- Causal salud: “si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios” (Inc. 1)
- Causal violación: “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto” (Inc. 2).

También como antecedentes se encuentra el Fallo F.A.L. de 2012 que introduce el concepto de salud integral de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) como estado de completo bienestar en el aspecto físico, mental, emocional y social. Así, sobre el riesgo para su salud, introduce otras dimensiones socioeconómicas o psicológicas y no sólo de orden físico o mental.

El Protocolo para la atención de las personas con derecho a la ILE del año 2015, refuerza el concepto de salud de manera integral y genera modos de actuaciones respetuosos para quien transita el embarazo. De esta manera podemos decir que el Protocolo, el Fallo F.A.L. y el Código Penal, traen suficientes elementos para las actuaciones de los equipos de salud en relación a las decisiones de las personas gestantes. Podemos pensar que estos marcos posibilitan la no judicialización, la celeridad en las actuaciones, la confidencialidad y la accesibilidad.

Si bien se logran grandes avances en los derechos, el último documento del Consejo de Derechos Económicos, Sociales y Políticos del año 2018 sobre Argentina, en las observaciones y recomendaciones consignadas en el punto 28 y subsiguientes, señala la preocupación que tiene sobre las condiciones de desigualdad que aún persisten sobre las mujeres en relación a los hombres, en cuanto inserción laboral, el trabajo doméstico y de cuidado, como así la poca participación en cargos jerárquicos, y solicita la provisión de políticas de asistencia como así de erradicación de la violencia de género y femicidios. En el punto 55 hace referencia a los derechos sexuales y reproductivos. Manifiesta su preocupación por el elevado número de abortos, a los que denomina peligrosos, ligados a la mortalidad materna. Refiere que lamenta que no se haya aprobado la despenalización del mismo. También hace referencia a la falta de servicios de salud adecuados para las personas intersexuales. En este sentido, se recomienda que todas las provincias garanticen el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos que permitan la interrupción del embarazo de manera segura, el marco legal que lo ampare, y también el derecho a contar con métodos anticonceptivos (en adelante MAC).

Luego de dos años de discusiones y una fallida aprobación a nivel legislativo en el año 2018, el 30 de diciembre del 2020 se logra la aprobación de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE). Esta ley es producto de 15 años de intensa militancia por parte de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (en adelante Campaña). La misma está conformada por más de 700 organizaciones feministas y sociales.

La ley se aprobó en plena pandemia mundial del Sars Cov 19 lo cual implicó un desafío mayor para su implementación, ya que tanto la política sanitaria como el sistema de salud estaba abocado a la asistencia de dicha enfermedad, relegando lo que implicaba la atención de la salud sexual y (no) reproductiva y dificultando la accesibilidad a dicha práctica.

Los derechos sexuales y reproductivos en la Provincia de Córdoba

Las provincias, con sus particularidades⁷, fueron adhiriendo paulatinamente a la Ley Nacional 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable bajo el ámbito del Ministerio de Salud. Igualmente, muchas ya contaban con alguna legislación relativa a la salud sexual y reproductiva de la población.

La provincia de Córdoba (con una dirigencia conservadora, patriarcal, asociada e influenciada por el catolicismo) contaba desde el año 1996 con la Ley 8.535 a partir de la cual se creó el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad, que implicó un avance significativo y posibilitó derogar la famosa Ley Rezzónico Nº 6.222 sancionada en 1973, con la que el Estado provincial prohibía a los agentes de salud recetar anticonceptivos.

La adhesión a la Ley Nacional 25.673 en la provincia⁸, implicó luchas de sentidos y debates al menos sobre dos asuntos (que no fueron exclusivos de esta provincia):

- A. La anticoncepción remitió a la discusión sobre los métodos a utilizar y sus efectos en la condición sexual y reproductiva (desde el dispositivo intrauterino, intervención quirúrgica, etc.). El problema se asienta fundamentalmente en la libertad de decidir de las mujeres.

⁷ Vale recordar que la no adhesión de las leyes nacionales no implica la exención de los Estados provinciales a su cumplimiento, debido a la mayor jerarquía de las primeras, aunque ello no resulte de conocimiento público para gran parte de los sectores sociales que concurren a los servicios de atención de salud pública.

⁸ La salud ha sido reconocida como un derecho humano fundamental en declaraciones y pactos internacionales donde los Estados nacionales y provinciales adhieren a ellos y lo incluyen de diferentes maneras a las normas locales, este es el caso de la provincia de Córdoba. “A pesar de que en muchas ocasiones los procesos de ajuste provincial que involucran al sector salud no permitieron cumplir con algunos de los imperativos normativos existentes en la materia, los diversos gobiernos provinciales siguieron sosteniendo, aunque mas no fuera en el discurso, la responsabilidad del Estado provincial en la garantía del derecho a la salud de manera universal y la necesidad de conformar sistemas de seguridad social con características integrales. Estos requerimientos hacia el Estado provincial surgirían de la letra de la nueva Constitución provincial, reformada en 1987, que había incorporado un extenso listado de derechos y garantías en materia de derechos sociales” (Asse y Buriyovich, 2009, p. 41)

- B. La objeción de conciencia de profesionales, relativo a la facultad de abstenerse a intervenir en determinadas prácticas que contradicen sus creencias o sus convicciones morales, aún como efectores de la salud pública.

La Ley Provincial 9.073 del año 2003 crea el Programa Maternidad y Paternidad Responsable, derogando la anterior Ley 8.535 de 1996 y el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad. Los contenidos y alcances entre una y otra ley no difieren sustancialmente, en tanto refieren a la capacitación de agentes de salud para la promoción y prevención de la salud sexual, quienes tendrán a su cargo brindar la información, educación y asesoramiento sobre reproducción, sexualidad, MAC no abortivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El propósito es disminuir la mortalidad materno-infantil.

En cuanto a la población, la Ley 8.535 refiere a “personas carenciadas” mientras que la Ley de 9.073 expresamente se dirige a la “familia” y a la “sociedad en general”, como sujetos destinatarios. En esta Ley provincial, contemporánea a la Ley Nacional 25.673, no se incluye expresamente la perspectiva de género al no contemplar la posibilidad de decisión unilateral femenina, centrando de esta manera la decisión en la perspectiva de familia nuclear, padre-madre.

La legislación provincial, vigente en sus enunciados y en concordancia con su denominación, está focalizada en mejorar la condición de la procreación “en forma libre y responsable”. En relación a la (no) reproducción, se centra en la figura de profesionales de la medicina. Las prescripciones de MAC no abortivo, requieren consentimiento por escrito “del” paciente. Ello permite inferir que, desde una orientación ideológica, aún se dirige al ámbito de la familia nuclear. Por ende, la sexualidad, reproducción y anticoncepción quedan enmarcados en el espacio privado, desconociendo las formas de configuración de las mismas como espacio heterogéneo, con posiciones de subordinación de la mujer, que limita la toma de decisiones libres, la violencia doméstica y formas de expresión de problemas que se construyen en el ámbito familiar.

En concordancia con los debates públicos y políticos nacionales, a partir de 2004 en Córdoba, se fueron sancionando en adhesión a la jurisdicción Nacional, un conjunto de leyes provinciales vinculadas a la reproducción, no reproducción y sexualidad. Ejemplo de ellos son la Ley Provincial 9.161 sobre Prevención, Investigación y Tratamiento de VIH, Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), la Ley Provincial 9.205 de Prevención del SIDA en la Persona por Nacer y la Ley Provincial 9.344 de Intervención Quirúrgica de Contracepción.

Tensiones entre las normativas nacionales y provinciales

En la provincia de Córdoba, hasta el año 2006, si una mujer o persona quería acceder a una intervención quirúrgica de contracepción (ligadura tubaria) debía estar autorizada por su pareja (varón) y los profesionales de la medicina valoraban (desde sus creencias y significaciones) el acceso o no a dicha práctica. Es decir, si estaba habilitada para la no reproducción (mayor de edad, alguna patología, etc.), ante esto, muchas situaciones terminaban judicializadas (por pobreza, sin pareja, jóvenes). Actualmente la Ley Nacional estipula sólo el requisito de ser mayor de 18 años para acceder a la anticoncepción quirúrgica. No obstante Córdoba, si bien adhiere a nivel nacional, se incorpora un doble control: 1) la instancia de Consejería y 2) Consentimiento Informado.

Estos mecanismos para su aplicación efectiva significan que las mujeres deben transitar por tres especialidades del campo de la salud pública –trabajo social, psicología y medicina– firmando el *Consentimiento Informado*. Este transitar (deambular) el acceso, constituye en muchas ocasiones barreras institucionales. También ponen en cuestión la capacidad de decidir en relación a sus propios cuerpos, a la maternidad y/o paternidad. Se lleva adelante como una herramienta para efectivizar el derecho a la información prevista en la Ley de Derechos del Paciente, pero bajo estos mecanismos termina transformándose en documento de control y habilitación.

Las *Consejerías*, en tanto dispositivo de acceso a la información como derecho, pasan a ser un espacio obligatorio para la evaluación de las decisiones de las personas en torno a su propio cuerpo y su sexualidad. En este interjuego de relaciones y poder asimétricas, las estructuras institucionales en general, responden para el posible acceso a las ligaduras tubarias. Es muy escasa la oferta y mucha la demanda de vasectomías en el subsector de la salud pública en Córdoba, lo que nos permite afirmar que, desde las políticas públicas y las intervenciones de agentes en salud, continúan reproduciendo en gran medida, la anticoncepción como una cuestión de mujeres. De allí el despliegue y persistencia del pedido por los derechos de géneros y otras identidades, confrontando con los principios fundamentales del Estado Liberal, los cuales se sustentan en el supuesto de la neutralidad, entendida ésta como la negación de la existencia de desigualdades sociales de diverso tipo.

Posteriormente en 2005, Córdoba adhiere a la Ley Nacional de Parto Humanizado. Ésta debió sortear 11 años de luchas y disputas de la corporación médica, así como demandas de mujeres organizadas en colectivos, para ser finalmente reglamentada en 2015. La misma, junto al reconocimiento de la violencia obstétrica, enmarcadas en la Ley de Prevención, Sanción y

Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (2009), han generado procesos que reclaman su efectivización en instituciones de salud, en tanto aún hoy continúan realizándose prácticas caracterizadas por la rutinización, medicalización y son generadoras de una serie de vulneraciones de derechos durante este proceso fisiológico. Asimismo, la legitimidad del saber, el poder médico hegemónico y la falta de información de los derechos de ciudadanía que nos asisten, generan procesos de aceptación de prácticas deshumanizantes. En este sentido, los cuerpos son controlados y disciplinados.

En relación a la Ley Nacional 26.743 de Identidad de Género (2012), a nivel provincial no ha sido traducida en ley ni política pública, quedando respuestas, por lo general, escasas y acotadas (en tanto derechos) por parte de efectores de salud de los hospitales (según posicionamientos, ideológicos, creencias, estigmas). Sólo a mediados de 2019, desde la Comisión Interministerial de Derechos Humanos, Géneros y Diversidad Sexual se inició un Registro Voluntario de Personas Trans y No Binarias en la Provincia de Córdoba⁹.

La ciudad de Córdoba capital, en el período de estudio, cuenta con dos hospitales que realizan tratamientos de hormonización, uno de jurisdicción municipal y el otro provincial. En el caso de las niñas y jóvenes LGBTTIQ+ menores de 18 años, se agrava aún más la situación de vulneración de derechos porque no existen leyes, programas ni dispositivos institucionales formales que aborden la problemática de manera explícita.

En un terreno de luchas, resistencias y disputas, existen prácticas emancipatorias por parte de agentes y/o equipos de salud comprometidos con el *derecho a decidir*, que realizan intervenciones vinculadas al asesoramiento y acompañamiento de niños y jóvenes trans, constituyendo experiencias poco visibilizadas. No obstante, la predominancia de la mirada heterosexual en los diferentes servicios de prestación de salud pública, hace que el acceso a la atención esté atravesado por múltiples discriminaciones. Algunos son: los modos registrales en historias clínicas, la ubicación en salas de internado, entre otros. Es decir, si bien hoy existe la habilitación en términos formales a estos sujetos y sus derechos (marco jurídico), el sistema de salud se constituye en uno de los principales generadores de violencias institucionales (secretismo, ocultamiento social, represión policial, etc.)¹⁰. En 2018 a nivel provincial se crea el

⁹ La Comisión Interministerial de Derechos Humanos, Géneros y Diversidades Sexuales del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y la secretaria general de gobernación, inició un Registro Voluntario de Personas Trans y No Binarias en la provincia de Córdoba, en el presente año, para la generación de datos estadísticos oficiales con el propósito de poder identificar problemas sociales y sus causas para poder responder a los mismos de forma eficiente, mediante la elaboración de políticas públicas diseñadas en su consecuencia. También se procura que este registro coadyuve en la incorporación de la perspectiva de Derechos Humanos, Diversidad Sexual y de Géneros en las políticas públicas, en pos de avanzar en el cambio cultural necesario para dejar atrás conductas prejuiciosas, estigmatizantes y discriminatorias hacia las personas trans y no binarias impactando en la población en general.

¹⁰ Estas cuestiones repercuten en la expectativa de vida de estas poblaciones no logrando superar los 35 años de edad.

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_NGO_ARG_25486_S.pdf

Programa Integral para la Salud Sexual y Reproductiva con abordaje específico en la adolescencia, coincidente con el debate político sobre el aborto a nivel legislativo nacional.

Respecto a la ILE e IVE, analizado a nivel Nacional en el apartado anterior, en Córdoba el asunto adquiere particularidades específicas. La práctica de aborto no punible desde 2012 con el Fallo F.A.L., estaba suspendida por un recurso de amparo de una asociación católica. La misma fue habilitada por el Tribunal Superior de Justicia luego de intensos debates y movilizaciones de los movimientos feministas y otras identidades sexuales en diciembre de 2018¹¹. Este acontecimiento legalizó y legitimó la puesta en práctica de la Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto no Punibles. En tanto derecho a la salud corresponde al Ministerio de Salud de la provincia arbitrar los medios para que en los establecimientos públicos se realicen las prácticas de abortos autorizados por la norma. En ese periodo de seis años entre las disposiciones nacionales y los vetos en la provincia de Córdoba, la práctica de abortos no punibles se podía realizar únicamente en la Maternidad Nacional y el Hospital Nacional de Clínicas, que son de jurisdicción nacional y no estaban alcanzados por la cautelar.

Entretanto, en la ciudad capital, por Ordenanza Municipal 9.479¹², se crea en 1996 el Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar. Este no sólo provee el acceso a MAC para la ciudadanía cordobesa (vetados por gobierno provincial)¹³ que accede a los centros de atención primaria de la salud (en adelante APS) –dispensarios y centros periféricos– sino que también, en la revisión de dicho programa en el año 2004, se plantea como contenidos de sus objetivos generales lo siguiente:

Orientar a la pareja y la familia en el ejercicio de una paternidad y maternidad responsable; informar a las personas sobre el ejercicio de la sexualidad responsable; facilitar a toda la población el derecho a decidir libre y responsablemente sus pautas procreativas brindando la información necesaria y medios para ejercerlo; resguardar la vida desde el momento de la concepción; prevenir, a través de la información y educación, el HIV/SIDA y demás ETS, con el fin de preservar la integridad del aparato reproductor, evitando posterior esterilidad (2004, p. 8)

¹¹ Ver <https://justiciacordoba.gob.ar/JusticiaCordoba/inicio/indexDetalle.aspx?codNovedad=11889>

¹² Dicha ordenanza está citada en el Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar (2004), no lográndose acceder a esta normativa por no encontrarse de acceso digitalizado y/o público. También otros textos de producciones sobre el tema, realizan mención sobre esta.

¹³ Vale recordar que, en la provincia de Córdoba, hasta el año 1996 rigió la Ley Rezzónico 6.222 por la cual el Estado provincial prohibía a los agentes de salud recetar MAC.

El Programa Municipal, aunque debe aggiornarse a los vaivenes de las coyunturas políticas, económicas y sociales, mantiene su espíritu fundacional hegemonizado por la profesión médica desde una perspectiva heteronormativa y reproductiva a partir del control y riesgo en salud. En el año 2012 se realizó la última modificación al Programa Municipal de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar, vigente en la actualidad sin incluir explícitamente las nuevas perspectivas y miradas en torno a las diversas identidades.

Marchas y contramarchas en los derechos sexuales y (no) reproductivos

A modo de cierre parcial, entendemos que el reconocimiento en materia normativa de los derechos sexuales y (no) reproductivos, entre 2002 y 2020, constituyen avances para la ciudadanía y herramientas para su ejercicio. Esta conquista América Latina y El Caribe no ha sido progresiva ni lineal, incluso bajo gobiernos progresistas, pero que en contextos neoliberales existen amenazas incluso para mantener algunos avances tímidos respecto a los derechos sexuales y (no) reproductivos. Escenario complejo de logros y retrocesos que son, a su vez, resignificados en las prácticas cotidianas, en las movilizaciones feministas y en las demandas de las mujeres y otras identidades.

Silvia Levin (2010) advierte que la normatividad actual –jurídica, política y simbólica– se desprende de la lógica de género patriarcal “sobre el uso sexual y reproductivo del cuerpo, y dado que dicha lógica se concibe como ‘natural’, genera represión y opresión sobre la libertad de decidir de las mujeres” (p. 10).

En el Estado argentino, el principio de supremacía constitucional tiene como objetivo central o “pretende ser el de ‘limitar el poder’ y supone el establecimiento de una gradación jerárquica y de coherencia de las normas en todo el sistema jurídico” (Rosetti, 2016, p. 17). Se trata de pautas constitucionales que fijan límites y obligaciones inexcusables al Estado (al menos jurídicamente) por cuanto no se puede violar o contradecir la Constitución Nacional. Llegado el caso, pueden exigirse a través de acciones judiciales e implican un límite a la actuación de las mayorías (Atienza, 2010, Gargarella, 2008). Por ello, no es suficiente analizar el marco impuesto por los derechos constitucionales, los instrumentos jurídicos aprobados por el Congreso y la correspondiente distribución de competencias jurisdiccionales (nacional, provincial, municipal). Más bien, es necesaria su compatibilidad con el análisis de las políticas públicas¹⁴. Los Estados están obligados a proporcionar instituciones, leyes, marcos regulatorios, políticas, programas y recursos además de acuerdos políticos, que regulen o se construyan sobre la base de la

¹⁴ Tema que se desarrolla en el próximo capítulo.

convivencia en sociedad, en un espacio-tiempo históricamente determinado para la efectivización de los derechos de ciudadanía.

Los derechos sexuales y (no) reproductivos entran en escena, a través de la provisión de servicios, en el campo de la salud pública. Es allí donde se juegan cotidianamente la implementación de los acuerdos jurídico-normativos y políticos-culturales, en las intervenciones de agentes sanitarios, incidiendo en la habilitación o restringiendo el acceso y ejercicio de estos derechos. Acciones que “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, p. 36).

Referencias

Abramovich, Victor. (2006) Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *CEPAL*, 35-50.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/11102-aproximacion-al-enfoque-derechos-estrategias-politicas-desarrollo>.

Cepeda, Agustina. (2008) Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006). *Revista Prácticas de Oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, número 2, 23-37.

<https://static.ides.org.ar/www/2012/04/artic14>.

Felitti, Karina A. (2008) Natalidad, soberanía y desarrollo: las medidas restrictivas a la planificación familiar en el tercer gobierno peronista (Argentina, 1973-1976). *Revista Estud. Fem.*, vol.16, número 2, 517-537 <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200011>

Fraser Nancy. (2008) La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, Año 4, Número 6, p.83-99.

https://trabajo.gob.ar/downloads/igualdad/08ago-dic_fraser.pdf

Levín, Silvia (2010). *Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Argentina: Ed. Espacio.

Montaño, Sonia. (1999). *Los derechos reproductivos de la mujer*. Documento Corte Interamericana de DDHH. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/a11999.pdf>

Naciones Unidas. (Septiembre 1995). *Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer*. Beijing.

<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de derechos sociales, económicos y culturales. (2018). *Observaciones finales sobre el cuarto informe periodico de la Argentina*. <https://undocs.org/en/E/C.12/ARG/CO/4>

Rossetti, Andrés; Monasterolo, Natalia. (2016). *Salud mental y derechos humanos: reflexiones en torno a un nuevo paradigma*. Córdoba: Espartaco.

Vaggione, Juan Marcos. (2012). Introducción. En Morán Faúndes, José M.; Sgró Ruata María C.; Vaggione Juan M. *Sexualidades, desigualdades y derechos: reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial.

Documentos consultados

Programa de salud reproductiva, sexualidad y planificación familiar. (2004). Secretaria de Salud y Ambiente. Municipalidad de Córdoba.

https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/00programa_de_salud_reproductiva_cordoba_municipio.pdf

Legislaciones

Ley Nacional 11.179. Código Penal de la Nación Argentina. Sancionada 29 /10/ 1921. Publicada en el Boletín Oficial del 03-nov-1921. Número: 8300. Página: 826.

Ley Provincial 6.222 de ejercicio de las profesiones y actividades relacionadas con la salud humana. Sancionada 17/11/1978. Promulgada 17/11/1978. Boletín Oficial 30/11/1978.

Ley Provincial 9.073 del Programa de Maternidad y Paternidad Responsables. Creación en el ámbito del Ministerio de Salud. Derogación de la ley 8.535. Sancionada 18/12/2002. Promulgada 06/01/2003. Boletín Oficial 13/01/2003.

Ley Nacional 23.798 sobre interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Sancionada: 16/08/1990. Promulgada: 14/09/1990. Boletín Oficial 20/09/1990.

Ley Nacional 25.673 sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos. Sancionada: 30/10/2002. Promulgada: 21/11/2002. Boletín Oficial: 22/11/2002.

Ley Nacional 25.929 de Protección del Embarazo y recién nacido. Sancionada: 25/08/2004. Promulgada: 17/09/2004. Boletín Oficial: 21/09/2004.

Ley Nacional 26.130 sobre el régimen para la intervención de contracepción quirúrgica derecho a acceder a las prácticas de ligadura de trompas de falopio y vasectomía. Sancionada: 09/08/2006. Boletín Oficial: 29/08/2006.

Ley 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada: 11/03/2009. Promulgada: 1/04/2009. Boletín Oficial: 14/04/2009.

Ley Nacional 26.529 sobre derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: 21/10/2009. Promulgada: 19/11/2009. Boletín Oficial: 20/11/2009.

Ley Nacional 26.618 de matrimonio civil. Sancionada: 21/07/2010. Boletín Oficial: 22/06/2010.

Ley Nacional 26.743 que establece el Derecho a la Identidad de Género de las personas. Sancionada: 9/05/2012. Promulgada: 23/05/2012. Boletín Oficial: 24/05/2012.

Ley Nacional 26862 de reproducción médicamente asistida procedimientos y técnicas médico-asistenciales. Sancionada: 05/06/2013. Boletín Oficial: 26/06/2013.

Ley Provincial 9.161 de normas para la prevención, investigación y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sancionada: 12/05/2004. Promulgada: 26/05/2004. Boletín Oficial 07/06/2004.

Ley 9.205 que establece que toda mujer embarazada tiene derecho a solicitar y realizar los análisis de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de enfermedades de transmisión sexual. Sancionada: 22/12/2004. Promulgada: 30/12/2004. Boletín Oficial: 01/03/2005.

Ley Provincial 9.344 de régimen de aplicación de la ley Nacional 26130 de intervención quirúrgica de contracepción. Sancionada: 13/12/2006. Promulgada: 18/12/2006. Boletín Oficial: 21/12/2006.

Segunda Parte

Los Derechos Sexuales en el Primer Nivel de Atención en Salud Pública

Capítulo 4

La Atención Primaria de la Salud y la Salud Sexual y (no) Reproductiva en la Ciudad de Córdoba

María Celeste Bertona, Paola García,

Gabriela González Ramos, Ana Morillo, Agustina Buffarini

Introducción

En este capítulo nos proponemos retomar algunos aportes teórico-metodológicos que orientaron la investigación. Desde el paradigma interpretativo comprensivo de investigación social, con énfasis en la teoría fundamentada (Maxwell Joshep, 1996; Sautu Ruth, 2009; Vasilachis Irene, 2006) y los aportes teóricos y políticos feministas (Ciriza Alejandra, 2015; Colazo Carmen, 2009; Di Marco Graciela, 2012; Segato Rita, 2015; entre otras) nos permiten recuperar y abordar de manera situada los procesos de construcción socio-histórica de la política de salud sexual y reproductiva del municipio capitalino cordobés.

Para ello recuperamos particularidades –debates y concepciones– de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), las prácticas y representaciones de lxs agentes de salud, tanto en su singularidad como de los equipos de salud en todas sus dimensiones, en torno a cómo se instituyen y/o consolidan variadas (y a veces contradictorias) formas de intervención para garantizar el acceso a los *derechos sexuales y (no) reproductivos* en salud.

En el estudio, y desde la perspectiva cualitativa, se trabajó con una muestra de 12 Centros de Salud, sobre 100¹⁵ que pertenecen a la Dirección de APS de la Municipalidad, dos por cada una de las seis zonas sanitarias de la ciudad. Uno de los criterios teórico-metodológicos para definir la muestra, fue incorporar a equipos de salud que tuvieran en su composición diferentes disciplinas, como estrategia para recoger la diversidad de miradas que se incluyen en los mismos, resultando esto aun profundamente desigual.¹⁶

¹⁵ La Municipalidad de la Ciudad de Córdoba cuenta con 100 centros de salud distribuidos en toda la mancha urbana de la ciudad de Córdoba capital, cuya extensión territorial es de 576 km², siendo la más grande del país. Aquí se puede observar la distribución en la ciudad: <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1KGctQIOfMHCcvt17WUsigjx0v-bphvKZ&ll=-31.368478733215454%2C-64.21115473449996&z=12>

¹⁶ A modo de ejemplo sobre 100 centros de salud, sólo en 14 hay profesionales de Trabajo Social.

Los 12 centros de salud están integrados por un total de 141 agentes¹⁷ que trabajan en diferentes áreas: profesional, administrativa y personal de limpieza. En una primera etapa (2019) se entrevistaron a 54 agentes de salud: 21 profesionales de la medicina, 13 de enfermería, tres de psicología, cuatro de trabajo social, 12 son personal administrativo y un personal de limpieza. En una segunda etapa (2021), y con los mismos criterios, se entrevistan 12 agentes de salud, luego de la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE) N° 27610/20 y en el marco de la pandemia por COVID 19.

Los apartados propuestos para el análisis comienzan con una mirada sobre el Programa Municipal de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación, su historia y construcción en estos 25 años de elaboración. Le sigue una lectura interpretativa sobre su accesibilidad desde distintas dimensiones y variables: disponibilidad de insumos, dispositivos institucionales, capacitación y formación profesional, mirada integral de la salud sexual, articulación entre diferentes efectores y particularidades territoriales.

Concepciones y debates en Atención Primaria de la Salud y en la salud sexual y (no) reproductiva

Coincidimos con la propuesta de Hugo Spinelli (2010) en adoptar el concepto de *campo* en vez del de *sistema de salud*, entendiendo como tal la “convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales del campo” (p. 276). Por ello, la salud es un espacio de disputa entre agentes con posicionamientos, intereses y trayectorias diferenciadas, que pugnan por acumular capitales que les permitan mantener y/o mejorar su posición en el campo, y constituir como hegemónicas lecturas, definiciones, asignación de recursos, estrategias de intervención.

Además, y acordando con la perspectiva de Jaime Breilh (1991), también entendemos que tanto la *salud* como la *enfermedad* no son procesos que ocurren en un solo individuo, sino que “se gestan en la dimensión social de la vida cotidiana y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad, fundamentalmente en aquellos correspondientes a patrones de trabajo y consumo de distintos grupos” (p. 203). También en sus prácticas y su cultura; si bien

¹⁷ Del total de 141 miembros que integran los 12 equipos de salud que se tuvieron en cuenta para el estudio, 63 son profesionales de medicina (principalmente en las especialidades de clínica médica, generalista y familiar, ginecología y pediatría) y están en todos los equipos de salud junto a enfermería. Psicología sólo está en cuatro equipos y otros dos desarrollan actividad en el centro de salud, pero pertenecen a los equipos de salud mental de la provincia (correspondientes a Equipos de Atención Comunitaria). Trabajadores Sociales sólo hay en cuatro equipos de los 12 analizados.

se expresan en los cuerpos y las mentes individuales, tiene su explicación en el movimiento colectivo de la reproducción social. Desde este pensamiento de la salud colectiva, el autor precisa que la clase, el género y la etnia son *dominios* en la construcción de los perfiles epidemiológicos de un territorio ya que explican la estructuración de relaciones de poder y procesos de inequidad.

Tomando el sentido planteado por Spinelli (2010), podemos decir que las disputas en el campo adquieren distintas características entre los centros de salud que dependen de la Municipalidad de Córdoba, como al interior de cada uno de ellos. Desde una mirada más amplia, el paradigma médico hegemónico es el que impera en el municipio. Se organiza el servicio de salud centrado en la atención de la enfermedad individual, puertas adentro de un consultorio, dando prioridad a la demanda de atención de patologías y asistiendo de manera continua a los programas de salud desde el mismo enfoque: control de embarazo, control de niños sanos, control de enfermedades no transmisibles, etc. Se reproducen algunos rasgos estructurales de la medicina tradicional –biologicista, individualista, asimétrica– con participación subordinada, pasiva y de exclusión del conocimiento de las personas que concurren a las atenciones.

También se dan disputas de sentidos al interior de cada centro de salud, donde las distintas disciplinas juegan papeles diferentes, algunas reproduciendo el modelo de la medicina hegemónica y otras buscando posicionar otras miradas de los procesos de salud-enfermedad-atención. Principalmente intentando romper con la asimetría médico-paciente y con la concepción de sujeto pasivo que impera en el modelo. Se observan profesionales que permanentemente están en la búsqueda de una perspectiva que les permita un desarrollo de la tarea situada en territorio, en el sujeto y en un equipo de salud que acompaña procesos comunitarios de salud.

El abordaje de la salud sexual y (no) reproductiva no es ajena al modelo de atención de salud descripto. El mismo programa municipal de salud reproductiva, sexualidad y planificación familiar posee una impronta biologicista, heteropatriarcal, androcéntrica y capacitista. Es fuertemente normativo, desactualizado en relación a las leyes vigentes y pone el foco en mujeres heterosexuales en edad reproductiva. Desde esta doble profundización de la desigualdad y asimetría de (sólo) mujer cis como sujeto pasivo de una práctica médica y del disciplinamiento/poder sobre los cuerpos, es que miramos las enormes distancias con lo que nos plantea Graciela Di Marco el concepto de *ciudadanía sexual* (2012):

La ciudadanía sexual, entendida como un sistema de derechos sexuales, es un modo de abordar este complejo tema. La cuestión de la ciudadanía sexual en términos de los derechos sexuales ha significado para el feminismo y para el movimiento Lgbtti la

demanda en torno al control del propio cuerpo, la seguridad, la propia definición sexual, la legitimidad de la agencia y del placer (p. 214).

Es un concepto que está ligado a las relaciones de disciplinamiento/poder en el campo de la salud que, como mencionamos, reproduce asimetrías, desigualdades y opresiones heteropatriarcales. Desde esta perspectiva, sin embargo, se observan reflexiones y prácticas aisladas que intentan ser colectivas por parte de profesionales que se identifican/ participan del movimiento feminista y LGBTTIQ+, desde donde deconstruyen sus prácticas, propugnan cambios en las miradas, otros modelos de atención.

Las políticas y los derechos sexuales y (no) reproductivos: su construcción histórica y una mirada situada

El presente apartado realiza un breve recorrido de los 25 años del programa municipal que aborda la salud sexual y (no) reproductiva, sus enunciados, objetivos, conceptos vertidos y su anclaje (o no) en el contexto local, Nacional e internacional. Es un repaso de cómo ha sido la construcción histórica de la política pública de salud sexual y (no) reproductiva en la municipalidad de Córdoba.

En un segundo momento avanzamos en analizar las visiones de lxs agentes respecto del programa y las distancias que se observan entre los servicios de salud y la misma ejecución del programa municipal. Ante ello, nos preguntamos ¿es un instrumento político rector de las prácticas de salud en los equipos de salud? ¿El programa ha podido elaborar instrumentos para lxs efectores, que permita profundizar el análisis y la revisión de prácticas?

El Programa Municipal de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar: aspectos normativos

El Programa Municipal de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar (en adelante el Programa) es sancionado por el Concejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba en agosto de 1996 mediante la Ordenanza N° 9.479, con la “finalidad de propiciar la procreación responsable”¹⁸, planteándose como objetivo fundamental “promover a la familia”¹⁹ a partir de

¹⁸ Art. 1, Ordenanza 9479 del Concejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba.

¹⁹ Art. 2, Ordenanza 9479 del Concejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba.

la definición de algunas acciones. El Estado efectiviza las políticas públicas a partir de complejos procesos técnicos-políticos en los cuales diversos actores (agentes y usuarixs) se relacionan, en torno a un problema y consideran que el mismo debe ser atendido por la autoridad pública. Como refiere Estela Grassi (2006) “las políticas sociales (...) conllevan y presuponen o producen un concepto de ‘necesidad’ o de ‘necesidades sociales’ [como] forma política o estatalizada de la cuestión social” (p. 10).

En este marco y luego de dos años de su promulgación, en la intendencia cordobesa bajo el gobierno radical de Rubén Martí (1991 y 1999), se crea en el año 1998 el Programa Municipal Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar. El mismo fue elaborado por una Comisión Asesora constituida por miembrxs de diferentes instituciones de la Secretaría de Salud (Dirección de Atención Primaria de la Salud, Dirección de Medicina Preventiva y Dirección de Especialidades Médicas) y de diversas profesiones (medicina, trabajo social y psicología) teniendo a posteriori sucesivas revisiones. En la actualidad, el Programa Municipal vigente deriva de la última modificación del año 2012 realizada por el Subcomité de Ginecología de la Dirección de APS, conformada en su totalidad por profesionales médicxs y exclusivamente especialistas en tocoginecología.

En relación a la modificación del espacio institucional donde se piensa y revisa la política sanitaria, resulta significativo incorporar el aporte de Nancy Fraser (1986), quien sostiene que la definición de las necesidades es una cuestión política y plantea la exigencia de identificar “¿cuál es el lugar o sitio institucional donde se desarrollan las interpretaciones autorizadas de las necesidades?” (p. 177), entendido como espacio legitimado para el abordaje sobre los problemas de salud en el primer nivel de atención municipal. En este sentido, se identifica una mirada regresiva en relación al programa de origen, tanto en las definiciones desarrolladas institucionalmente como en los aportes profesionales de *quienes pueden/deben opinar* en cuestiones de salud sexual y (no) reproductiva en la jurisdicción cordobesa. Nos preguntamos si definir corporativamente un programa de salud municipal sin la participación de otrxs actores, hace a la legitimidad y profundización de la política o, por el contrario, intenta imponer una visión sobre la temática, que lejos de cristalizarse de manera homogénea en la red de centros de salud se disputan, en el territorio y en cada área programática, diversos sentidos e interpretaciones de las necesidades.

En el diseño de la política de salud sexual y (no) reproductiva municipal se observan varios aspectos que dan cuenta de su regresividad. Desde la creación de este Programa (1996) hasta la actualidad (25 años) hubo importantes transformaciones tanto en la normativa vigente –a nivel Nacional e internacional– como en el ejercicio concreto de derechos sexuales y (no) reproductivos, que ponen en evidencia las conquistas de colectivos y movimientos de mujeres,

personas con capacidad de gestar y disidencias sexuales. Sin embargo, la letra escrita de esta política pública, en tanto punto de vista oficial, no ha tenido mayores modificaciones. Esto repercute en las prácticas de algunxs agentes en tanto enmarca las mismas generando barreras institucionales, burocráticas y profesionales en relación a las demandas de autonomía del propio cuerpo.

En el Programa se distingue una concepción de la sexualidad en la cual el género se inscribe en la matriz heterosexual (Segato Rita, 2016). El sujeto es biologizado y se desarrolla casi en exclusividad la dimensión de la anticoncepción definiendo acciones que se acotan al suministro de métodos anticonceptivos (en adelante MAC) y a la realización de algunas prácticas preventivas –papanicolau, testeo de infecciones de transmisión sexual, por mencionar algunas. El abordaje de la temática se restringe a la sexualidad en la pareja y la familia tradicional, resguardando una maternidad y paternidad responsable. En esta perspectiva de abordaje se refuerza el uso de la política sanitaria para acentuar la tutela de valores relativos a la categoría más tradicional de familia –nuclear, monogámica, heterosexual. También la procreación, desconociendo la autonomía de las mujeres y disidencias sexuales, sin garantizar la igualdad de oportunidades, de trato y no discriminación para las personas con capacidad de gestar que no quieren ni desean maternar. En esa tensión se reafirma la constante histórica de que el cuerpo no le pertenece a su persona, sino que es heterónimo y “que ser mujer constituye esencialmente un estado de maternidad antes que de ciudadanía” (Levín Silvia, 2010, p. 81).

Tampoco han ingresado en la agenda oficial demandas vinculadas al reconocimiento de las diversas identidades de género y orientaciones sexuales. En relación a las disidencias sexo-genéricas sólo menciona en una de sus acciones “pesquisar, tratar y/o referir las alteraciones de la sexualidad”. ¿Será que son consideradas *alteraciones*, es decir, *patologías a tratar*?

Resulta llamativo que el Programa plantee el abordaje desde esta perspectiva y haya sido revisado el mismo año en que se aprueba la Ley Nacional 26.743. La misma establece en su Artículo 1 el derecho a la identidad de género y en su Artículo 2 su definición:

Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Ley 26743/12, Art 2).

En relación al abordaje para las adolescencias y juventudes, el programa describe aspectos evolutivos biológicos y psicológicos. Refuerza cierta conflictividad manifiesta en este grupo etéreo y menciona en el Objetivo Específico N° 4: “Promover en los adolescentes la concientización sobre la maternidad y paternidad responsable y sexualidad responsable” (p. 2). De esta manera considera un destino ineludible el de maternar o paternar y no desarrolla aspectos vinculados al derecho de una vida sexual libre, sin discriminación ni violencias. No incorpora la perspectiva de lxs jóvenes y sus decisiones, por el contrario, lxs describe como omnipotentes, con dificultad para asumir responsabilidades.

Al referir a los métodos anticonceptivos (en adelante MAC), el Programa sólo incluye *criterios de elegibilidad médicos*, excluyendo del abordaje de esta cuestión a todos los saberes no-médicos y colocando en un lugar de objeto a quien demanda su acceso. Esta perspectiva no sólo constriñe la posibilidad de una mirada integral sobre el tema, sino que se desconocen los procesos de autoatención (Menéndez Eduardo, 2003, p. 198). Estos implican no sólo decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma, sino también reconocer que antes de la consulta a un profesional, los grupos poblacionales ensayan formas de comprender y abordar lo que sienten/necesitan en relación a su cuerpo, salud y vida.

Desarrolla aspectos vinculados a la Consejería en Salud Reproductiva, pero la nombra como *conserjería*, describiendo aspectos casi unidireccionales en dicha interacción con la persona que asiste. En este sentido, quien consulta es *objeto de una práctica médica*. No hay descripción alguna sobre los derechos sexuales.

Los *criterios de elegibilidad* de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), son orientadores de la práctica en salud en relación al acceso a MAC. Sin embargo, en la descripción del Programa están expresados en términos prescriptivos como “lo que se debe hacer”, incluso se confecciona un cuadro de doble entrada y se incorpora la abstinencia periódica que no está considerado desde la OMS como un MAC.

En el Programa resulta significativa la ausencia de la ILE como probable consulta en el primer nivel de atención en salud municipal. Como plantean Josefina Brown (2008) y Mónica Belluci (1994), la imposibilidad de debatir públicamente el aborto es coherente con la enorme dificultad de introducir en el discurso público, y mucho más en el institucional, imágenes de “ser mujer” diferentes a la tradicional, de poner en circulación la idea de la no maternidad y del ejercicio de sexualidades no heteronormativas. Sin embargo, se evidencian ciertas modificaciones a partir de las discusiones en el espacio público en torno al acceso al aborto legal, seguro y gratuito por parte del movimiento feminista y LGBTTIQ+, especialmente, el debate parlamentario de finales de 2018.

En los objetivos del Programa se observan algunas contradicciones respecto a enunciar el derecho a decidir, libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre embarazos, por un lado, y por otro, se persigue resguardar la vida desde la concepción, el disminuir y capacitar en abortos (riesgos psíquicos y físicos, dado que, en reiteradas ocasiones menciona los daños causados por abortos). Un dato no menor es recordar que en marzo del 2012 ya se había publicado el Fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Allí se hace una amplia lectura jurídica del derecho al aborto por causales legales y cómo debería actuar el sistema de salud del país (Protocolo Nacional). Este momento coincide con la revisión del Programa, pero en el cual no se avanza en protocolizar la atención de ILE. Se abordan los riesgos de abortos inseguros como justamente se menciona en el Programa, quizás en consonancia con el gobierno de la provincia de Córdoba y la suspensión de dicho Fallo por el Recurso de Amparo interpuesto por sectores de la derecha y la iglesia cordobesa. Por ello es que identificamos una postura que vulnera derechos reproductivos, al incluir cierta intencionalidad conservadora ante algunas problemáticas de la salud sexual y (no) reproductiva.

En definitiva, en el análisis del Programa, que con variaciones data del año 1996, aparecen tensiones con las disposiciones legales del Programa Nacional vigente desde el 2003. Este, en sus articulados promueve más derechos que el programa municipal vigente. Sin embargo, estos lineamientos y las prácticas de agentes de salud no son mecánicas ni lineales. Existen brechas dadas especialmente por la diversidad y la autonomía que caracteriza las prestaciones de servicios en este nivel de atención, lo que hace que prestemos central atención no sólo a la normativa vigente sino también a las prácticas y representaciones de los agentes de salud.

Miradas sobre el programa y su implementación

Las normas legales, los debates públicos y políticos, junto a las prácticas e intervenciones de agentes de salud, enmarcan los cuerpos de las personas con capacidad de gestar, mujeres y otras identidades sexo-genéricas, habilitando o revocando derechos, a partir de las miradas y percepciones que tienen sobre el tema de las sexualidades, el placer, la reproducción, la anticoncepción y el aborto.

Las vinculaciones entre representaciones y prácticas en tanto conocimientos, modos de ser, vivir y hacer, se producen y reproducen, se transmiten y sirven como fundamentos en la puesta en acto de las prácticas que construyen los sujetos. Reconstruir dicho vínculo de una manera integradora, situada teniendo en cuenta los contextos y determinantes sociales,

culturales, políticos, nos permite recuperar (a través de las voces de lxs participantes) cómo cada quien define la situación, sus prácticas y el significado que le otorga al fenómeno en estudio: *la salud sexual y (no) reproductiva*.

Existen miradas diversas sobre el Programa y su implementación en la política municipal. Hay quienes vinculan su desconocimiento a los tiempos de inserción laboral, a la falta de información y capacitación para el equipo de salud, a criterios claros y abordajes interdisciplinarios. También señalan la fuerte hegemonía médica y cómo, de alguna manera, es aceptada por la población. Se confrontan allí intereses de propiciar nuevas miradas con los resguardos necesarios para que no sean disruptores en el vínculo profesional:

El programa me parece fundamental que exista. Me parece que nos falta capacitación e información para los equipos, nos faltan criterios, aparecen los conceptos o los preconceptos que nosotros podemos tener y hacer un salto en relación a lo que es la salud (...) nos falta ese salto de ponernos entre nosotras a leer, discutir, pensar, eso no está sucediendo y pasa porque la demanda no para (...) el día a día te supera porque es complejo la atención primaria y sos la trinchera, sos el primer contacto entonces hay muchas situaciones que te van llevando puesta y que por ahí no llegamos a cumplir estos otros objetivos de conjunto, más de interdisciplina (...) la mirada no médica dentro del sistema de salud es compleja de ser aceptada, es como miedo (...) entonces intento acercarme desde un lugar más amigable para que no ser una amenaza (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).²⁰

Otrxs lo desarrollan desde sus inicios, entendiéndolo como una práctica política y un derecho de salud pública. No obstante, en todos los casos, las tensiones se ligan a la provisión de recursos no siempre disponibles y accesibles, lo que en algunos casos se limita a información clara, precisa y completa. También se observa que se analizan otros obstáculos que no son sólo el acceso a MAC, sino al mecanismo que los centros de salud implementan para su entrega, su distribución y la difusión que realizan del programa:

Hay un programa que organiza qué hacer a través de lineamientos que determinan nortes, pero tenemos autonomía en términos de cómo hacemos y cómo trabajamos la

²⁰ Por resguardos éticos vinculados a consentimiento informado, anonimato y tratamiento de datos sensibles las voces entrevistadas se identifican por disciplina u oficio y año de realización).

temática (...) los derechos de la gente, todavía es una disputa grande y en las prácticas esto no se ve (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2019).

Es una concepción ideológica entender la salud como un derecho y trabajar conceptos más colectivos como salud colectiva. Es una construcción (...) En términos de salud sexual y reproductiva fue ponerlo en tensión, capacitarnos un poco más y cómo seguir ese camino (...) cómo ir garantizando esto (...) al principio quizá el problema era dónde estaban los métodos anticonceptivos como objetos, como la cajita, hoy ya no nos preguntamos dónde está la caja porque el problema no era la caja el problema era el tema y el mecanismo (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2019).

La ley es el instrumento para hacer/no-hacer. En algunos centros de salud no se reconocen los derechos allí establecidos como tampoco las consejerías, se trabaja a demanda, se menciona en reiteradas oportunidades aspectos más normativos del programa y el cumplimiento o no de controles requeridos:

La mayoría tiene que acceder a su derecho que es el método, es más hay normativas donde no es necesario acceder a los estudios [ginecológicos] para poder tener el método. Pero bueno eso ha dependido de los equipos... (...) lo hemos problematizado también como equipo, en esto también hubo cambios (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2019).

En otros centros de salud, se entiende e inscribe al Programa en el marco de derechos, permitiendo hacer otros recorridos a la población que demanda sin reforzar formas anquilosadas de tutela.

Hay una ley que dice lo que nosotros tenemos que hacer, tenemos la obligación de darles anticonceptivos, a nadie le podés negar (...) si la chica viene a los 12 años a pedir anticonceptivos, a mí la ley me respalda sin necesidad que venga una persona adulta, yo no tengo porque decirle trae a tu mamá, punto uno, punto dos si viene con la mamá bueno (Entrevista a profesional de Medicina, 2019).

Hay un reconocimiento sobre cuestiones que quedan fuera de lo normativo del Programa y hacen a la salud sexual y (no) reproductiva. Nos referimos a sentimientos, sensaciones y problemas. La cuestión del placer sexual no es mencionada como parte del

abordaje de las sexualidades. Se señalan grandes avances cuando se lo vincula a la historia de los derechos sexuales y (no) reproductivos, pero se reconoce vulneración en las accesibilidades específicas en cada territorio y prácticas. La escasa disponibilidad de insumos sigue siendo un aspecto que limita la decisión libre y autónoma de las personas:

Todavía creo que se vulneran de manera sistemática los derechos de las mujeres, cuando tenés mujeres que por ser muy jóvenes no les quieren hacer la ligadura o por un montón de otras cosas. La accesibilidad de los métodos cuando no están, que no puedas elegir que método y tengas que elegir el que haya también, yo creo que nos faltan muchísimas cosas. Pero, por otro lado, si yo lo miro retrospectivamente, creo que hemos avanzado un montón y en forma despareja. Y después la otra (...) lo que es el periodo de la menopausia de las mujeres no hay nada. Nosotras no tenemos, medicación para tratar síntomas de la menopausia, olvidate, y espacios donde las mujeres puedan hablar de todos los sentimientos, sensaciones, problemas. No solamente tiene que ver con la relación sexual sino con otras cosas como no poder ser más madres, que para nuestra población es un problema, se deprimen y eso, no te digo todas, pero hay una parte importante. De todo eso nosotros estamos muy lejos (...). Yo estoy en un centro de salud donde podemos discutir mucho estas cosas, y también sabemos que tenemos colegas en otros centros de salud que desde el punto de entrada te piden domicilio en la zona, digamos eso es una barrera. Pero yo soy optimista, porque si miro para atrás y la verdad que veo muchas cosas que hemos avanzado, avanzamos los equipos y avanzaron las mujeres también en reclamar, avanzamos (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Accesibilidad/es al Programa Municipal. La política de recursos humanos y la gestión institucional

Los lineamientos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas²¹ plantean que para garantizar el derecho a la salud como derecho humano

²¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General Nº 14. Ginebra: CESCR; 2000 (E/C.12/2000/4). 3 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en línea), Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Recuperado de: www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/a_cescr_sp.htm. CAP.07Ase 21/7/10 18:30 Página 270. Citado en Nelly Nucci, Rossana Crosetto, Claudia Bilavcik y Ana María Miani "La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública" en ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1 (2018) Nro. 2. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>

intrínseco, inalienable, intransferible e indivisible se requiere contemplar de manera interrelacionada al menos cuatro principios básicos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. El objetivo es garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud dentro del propio sistema de salud. En este marco los derechos sexuales y reproductivos, como plantean Alicia Soldevilla, Rossana Crosetto y María Teresa Bosio (2018), son de tercera generación, poniendo en juego el reclamo y el reconocimiento de las personas con capacidad de gestar como sujetos con autonomía para decidir libremente sobre su propio cuerpo, constituyendo un campo de disputas en el contexto capitalista, patriarcal, androcéntrico, colonial, capacitista y adultocéntrico.

La *accesibilidad*, como categoría teórica, aporta elementos para entender la salud como proceso social. En ella lo histórico contextual va configurando posibilidades o limitaciones para acceder a una política de salud. Nos permite comprender características de las mismas – universal o focalizadas–, aproximarnos a los territorios y los equipos de salud (Carballeda Alfredo, 2018) y explicar cómo se articulan lo micro y lo macro en espacios concretos con el cruce del campo de problemática sociales. Otrxs autores como Fabián Repetto (2010), trabajan la accesibilidad de las políticas públicas en términos de disposición y acceso a recursos en sentido amplio. Floreal Ferrara (1985), distingue: accesibilidad geográfica, cultural, económica y administrativa.

Desde estas perspectivas, se considera el acceso como dimensión donde se entreteje el entramado de relaciones de acción de lxs sujetos con los múltiples niveles de concreción del Programa Municipal de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación. La efectiva implementación y provisión de bienes y servicios del mismo es lo que habilita tanto el camino a estas prestaciones como derechos o como barreras u obstáculos de diverso tipo, que reducen, reproducen o aumentan las condiciones de vulnerabilidad o desigualdades de género.

En este apartado avanzamos en visibilizar los diferentes dispositivos de acceso a insumos y recursos, su gestión, los mecanismos burocráticos que se instituyen y las capacidades que se despliegan en cada equipo de salud. Por otra parte, mirar las trayectorias personales y profesionales, el modo de relación que se establece desde el binomio Estado municipal-trabajador y el posicionamiento en relación al tema, son fundamentales para comprender el funcionamiento del subsector público de salud en el primer nivel de atención en este distrito. En dicho sector (a diferencia del tercer o cuarto nivel de atención, en donde el principal aspecto a jerarquizar es la tecnología) el eje está puesto en el recurso humano, sus capacidades, sus trayectorias y su desempeño laboral.

Equipos de Salud: disputas en un campo históricamente hegemónico

En la conformación de los equipos de salud, el Estado municipal ha participado de manera diferente en los procesos de legitimación y organización de las diversas profesiones que los componen. Allí se establece una conflictiva relación de poder en el itinerario de construcción de cada espacio profesional donde se juegan procesos de exclusión, subordinación, hegemonía y usurpación por parte de grupos con mayor capital simbólico, desplegando hacia otras profesiones y ocupaciones. Estas relaciones no tienen solamente un carácter técnico, sino que también son relaciones de poder, legitimación y construcciones simbólicas porque la disputa por la legitimidad científica es “inseparablemente política y científica” (Bourdieu Pierre, 2012, p. 32).

En general la profesión médica goza de un estatus social y un reconocimiento por parte del Estado que les ha permitido monopolizar un segmento del espacio laboral en el primer nivel de atención en salud municipal, legitimar sus competencias y privilegios en relación con otras profesiones. Esta es una cuestión muy arraigada y naturalizada en la trayectoria institucional de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (en adelante DAPS). Magalí Sarfatti Larson (1989) lo denomina como la *negociación de la exclusividad cognitiva*, analizando la base del poder político de las profesiones, a partir de dos aspectos: la configuración de un mercado profesional y la capacidad de la profesión de demostrar la superioridad en el manejo de la cuestión que aborda.

En relación a los recursos culturales que circulan y se ponen en juego en el campo institucional de la DAPS, se han distinguido saberes y conocimientos que contienen un mayor volumen de capital simbólico, teniendo más reconocimiento que otros dentro de la institución y consolidando posiciones de sujetos y relaciones. Se ubican al saber médico en lugares jerárquicos, de conducción y de importante decisión expresado en pautas, discursos y en la ocupación de espacios. Dicho capital simbólico, parte de una identidad socialmente atribuida y valorada. Por ello, quienes ejercen la función de encargadxs (sin cargos concursados, pero con funciones designadas) en los 12 equipos de salud entrevistadxs, son profesionales de la medicina.

Resulta interesante mencionar que, a diferencia de toda la estructura de cargos de conducción de la municipalidad de Córdoba, en la DAPS, estos puestos estaban destinados para la carrera administrativa de las profesiones de medicina, odontología y bioquímica²², a la vez que tenían “vedada” hasta el año 2018, la posibilidad de concursos en cargos de conducción.

²² Modalidad no refrendada en ninguna ordenanza municipal (usos y costumbres de la administración pública para garantizar que la dirección de todos los centros de salud estuvieren a cargo de medicina

Por tal motivo, se seleccionaba “a dedo” quién quedaba “a cargo” y no se llamaba a concurso interno de conducción. Estas modalidades institucionalizadas, es decir, los “usos y costumbres” en la DAPS se pudieron conocer con certeza con la organización de profesionales de distintas disciplinas. Ellxs defendían un abordaje integral e interdisciplinario de la salud junto a la actividad gremial (año 2007), a fin de poder garantizar igualdad de condiciones en cargos de conducción y posibilidades de acceso para todas las disciplinas.

La forma que reviste la lucha –inseparablemente política– por la legitimidad científica depende de la estructura del campo, es decir, de la distribución del capital específico de reconocimiento científico entre quienes participan. Esta estructura puede variar entre dos límites teóricos en los hechos jamás alcanzados: por un lado, el monopolio del capital específico de autoridad científica y, por el otro, la competencia perfecta que supone la distribución equitativa de este capital entre competidores.

Al decir de Pierre Bourdieu (2000), se han podido dar cambios estructurales en cuanto a las disputas por la distribución del capital específico de la autoridad, por ejemplo, con la jefatura de otras disciplinas no médicas, en su mayoría, que fueron decisiones colectivas entre lxs miembros del equipo de salud. Estas disputas se consolidaron en ordenanzas y proyecto de orgánica institucional, sin embargo, la disparidad numérica de integrantes de cada disciplina en DAPS supone una distribución equitativa del capital de “autoridad” acorde a la realidad, pero no a las capacidades sobre las funciones específicas. Esto se debe a que no hay concursos públicos internos de cargos de conducción que permitan demostrar las habilidades, conocimientos y destrezas en la gestión en salud.

En el periodo estudiado (2019) la mayoría de los centros de salud no cuentan con profesionales de todas las disciplinas. Sólo dos de 12 cuentan con integrantes de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, denominados "equipos completos", además de personal de administración que hay en todos los centros de salud. Al respecto, es elocuente el señalamiento de Alfredo Carballada (2018) cuando sostiene que:

Es posible que los propios equipos de trabajo se transformen en un obstáculo o dificultad en la accesibilidad, especialmente desde una perspectiva de no comprensión de la noción de salud que atraviesa tanto a los usuarios como a los profesionales y trabajadores administrativos de las instituciones del sector. Las problemáticas actuales que se presentan en este campo son sumamente complejas y lo trascienden (p. 4).

En este sentido, se identificaron no sólo diversidades en la conformación de los equipos de salud en APS en relación a lxs agentes que los componen, sino también a sus trayectorias

personales (creencias, prejuicios, valores) y profesionales (procesos de formación/capacitación en torno a la temática que se expresan en diferentes prácticas de intervención que posibilitan acceder o no a los derechos sexuales y (no) reproductivos). Asimismo, las profesiones vinculadas a las ciencias sociales y humanas (como trabajo social y psicología) son minoritarias, lo que obtura las posibilidades de pensar la interdisciplina en salud comunitaria. De hecho, podríamos inferir que representa, en términos de gestión, un enfoque de la salud ligada a procesos biológicos en relación a lo reproductivo y la anticoncepción.

Lxs agentes de salud, profesionales o no, en su mayoría se encuentran enmarcados en relaciones laborales formales adquiriendo el rango también de trabajadorxs, empleadxs públicxs y tal como sostiene Oscar Oszlak (2006):

La conducta de empleados públicos no es completamente inesperada o aleatoria: se encuentra altamente influida por sus características personales (edad, experiencia, nivel de instrucción), por sus objetivos individuales y sus grados de compatibilidad o conflicto con los objetivos institucionales, por los recursos materiales disponibles, por la naturaleza de las normas y el tipo de demandas externas a las que deben responder, por las oportunidades de interacción y el tipo de relaciones que establecen con sus pares, superiores y subordinados, o por los procedimientos de evaluación y control que deben afrontar. Después de todo, es la actividad de los seres humanos, manifestada en su comportamiento, lo que determina el nivel y la calidad de los productos resultantes de su acción organizada (p. 12).

En consonancia con lo expuesto, se desprende de ciertos relatos malestar por la falta de personal o la rotación del mismo, impactando en las condiciones organizativas de trabajo cotidiano. Podemos inferir que la presencia de más agentes de salud posibilitaría dar respuestas a las demandas sobre salud sexual y reproductiva desde otros abordajes, ligados a la promoción y prevención en el ámbito territorial/comunitario, además del asistencial y en consultorio.

Termina siendo un problema de la gente y ahí es donde también a nosotras se nos empieza a escapar por esto que te digo de la vorágine de la actividad de trabajo, que después cuando vos agarras la ficha y decís si esta chica hace dos meses que no viene y qué estrategia hacemos (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

La capacitación y la interdisciplina como garantías de un abordaje integral de la salud sexual

La accesibilidad se presenta también en estas circunstancias interpelando las prácticas y políticas del sector, desde la formación y capacitación de los equipos de salud (Carballeda Alfredo, 2018, p. 5).

En relación a procesos de formación en salud sexual y (no) reproductiva, la mayoría refiere contar con diversas instancias educativas tales como posgrados, residencias, autoformación, formación disciplinaria o al interior de los equipos entre compañerxs de trabajo o algunxs, principalmente medicxs. También en procesos de participación y activismo feminista, tal como la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir (en adelante la Red), la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, seguro y gratuito (en adelante la Campaña), Ni Una Menos, entre otros.

La capacitación/ formación en servicio proveniente de la gestión política (DAPS) es escasa y disciplinaria, resultando insuficiente para comprender la complejidad del tema donde no sólo se pone en cuestión los asuntos biológicos, sino también las condiciones sociales, económicas, culturales, políticas y psicológicas de las personas con capacidad de gestar. En sintonía con ello, varixs entrevistadxs, identifican la necesidad de formación en marcos legales y disidencias sexo genéricas. También evidenciamos debilidad en los conocimientos y escasas trayectorias en relación a temáticas de sexo-género, sexualidades, derechos sexuales y (no) reproductivos.

Por último, consideramos el necesario trabajo interdisciplinario (que en muchas ocasiones no es posible por no contar con todas las disciplinas) para comprender la realidad de las comunidades y la complejidad del abordaje de los derechos sexuales y (no) reproductivos. La formación es importante pero no reemplaza la mirada y el trabajo interdisciplinario, ni las que derivan de los posicionamientos teóricos, éticos y políticos de agentes de salud. Requiere un proceso de gestión de las políticas públicas que posibiliten deconstruir las prácticas hegemónicas que obstaculizan una mirada integral y compleja de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados de las comunidades en general y de los derechos sexuales y (no) reproductivos en particular.

Dispositivos institucionales a nivel central: gestión y burocracia estatal

En los diálogos con integrantes de los equipos de salud se visualizaron diversos circuitos para el acceso de la población al Programa Municipal de Salud Sexual y Reproductiva vinculados al ingreso, atención sanitaria, la gestión y provisión de insumos.

La atención en salud sexual presenta tanta diversidad como centros de salud hay. Las diferencias van desde considerarlo como una “urgencia” o “prioridad” y en este sentido realizar atenciones oportunas, y/o tener turnos protegidos diariamente hasta generar barreras con turnos programados, es decir, tiempos extensos, requerir presencialidad en horarios, o solicitar gran cantidad de estudios complementarios para el acceso a MAC. En algunos equipos se han observado, incluso, dos circuitos diferenciados según las distintas ramas de la especialidad médica. En general, se observa más complejidad con profesionales del área de ginecología a partir de los dispositivos que generan. Distinto es con medicina familiar y general que, en consonancia con las indicaciones de la OMS, generan mecanismos accesibles y oportunos.

Un rasgo distintivo a destacar en términos de organización del trabajo, dentro de lo que Floreal Ferrara (1985) denomina *accesibilidad administrativa*, es el horario de funcionamiento de los centros de salud. Sabemos que desentrañar criterios de accesibilidad a los servicios de salud públicos, requiere del análisis de complejos procesos que contemplan diversas y numerosas dimensiones. El horario de atención, en términos de “facilidad” con que la comunidad puede resolver sus requerimientos de salud, se reduce en la mayoría de los centros entre las 7 am y las 3 pm, en consonancia con disposiciones de gestión institucional burocrática y administrativa. Salvo excepciones, se realizan actividades comunitarias acompañando los tiempos de los territorios.

Existen mecanismos establecidos a nivel central para la obtención de insumos y/o para la rendición de otros. Es una tarea exclusiva de quien se desempeña en la coordinación del centro de salud, pero no disponen de monitoreo o supervisión que permita evaluar su ejecución. Se analizará con más detalle a lo largo del capítulo, sin embargo, siguen siendo obstáculos en la accesibilidad a recursos que tienen profundas implicancias en las barreras a los derechos sexuales y que requieren de diseño de políticas públicas más eficaces.

Los procesos de atención: circuitos institucionales, disponibilidad y calidad

La gestión de la atención es diseñada desde la autonomía relativa de cada equipo de salud, encontrando variados y heterogéneos mecanismos de acceso, o al decir de Eduardo

Menéndez (2003), diferentes carreras que lxs “pacientes” deben realizar, algunos más accesibles que otros. En ocasiones, aún dentro de un mismo equipo, refieren distintos circuitos y/o requisitos para acceder:

Nosotros tenemos dos compañeros acá que se manejan totalmente diferente. Una de las médicas no te va a pedir tantas cosas, otro te puede llegar a pedir un poquito más. Por lo general no deberían pedir nada para darte un anticonceptivo (...) pero bueno algunos sí...” (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Los grados de autonomía relativa en torno a las intervenciones en estos espacios públicos estatales, caracterizados por la singularidad de lxs sujetos y la territorialidad situada, dan cuenta de un tipo de trabajo que lo podemos denominar como *trabajo artesanal* siguiendo a Hugo Spinelli (2015). Situado en una matriz heteronormativa, se hace artesanal el dispositivo que implementa cada centro de salud en torno a la organización de la consulta, al turno, al seguimiento (o no) de mujeres bajo programa. Hemos observado una gran variedad de mecanismos para incluir en el programa de salud sexual, pero nada referido a captaciones o recaptaciones. La ficha de registro (guía para la consulta) es el único instrumento para preguntar, transformándose en la entrevista.

La ginecóloga da turno todos los días. Igual también están los médicos generalistas. Esto es todos los días, como que las pacientes tienen más posibilidades de elegir, de conseguir un turno y no se le va tan lejos. Entonces, sacan el turno para la ginecóloga, hacen la primera entrevista con ella y se le hace una ficha donde le va preguntando los antecedentes: cuántos hijos tiene, si ha tenido algún aborto, cuál es la fecha de la última menstruación, si se hizo el PAP, cuándo fue la última vez. Laboratorio, se le toma la presión, se las pesa... Y ahí se habla –la ginecóloga habla con ella– y elige el método; y ahí la paciente pasa con nosotras, las enfermeras. Nosotras tenemos un fichero con una ficha en donde dice la fecha que se tiene que colocar el método y la firma de la paciente, entonces ahí queda registrado que todos los meses tiene que venir. Una vez que ya pasó primero por ginecólogo o médico generalista, queda a cargo de nosotras acá (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

El circuito básico que hace la mayoría es sacar turno de mañana (...) la administrativa nos va poniendo enfermo y si es alguna consulta (...) nos pone consulta ginecológica, pero como una regla general no sabemos si está embarazada, si estaba con problemas

ginecológicos o es para entrar al programa, lo que sea (...)ya sabes más o menos que es una mujer que te iba a preguntar algo relacionado a ginecología, entonces ahí vemos (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Los circuitos institucionales están contruidos desde una matriz heteronormativa. Reducen las sexualidades a lo reproductivo, obstaculizando la creación de respuestas complejas y diversas que implicaría el abordaje en los territorios de los derechos sexuales y (no) reproductivos. Estas prácticas restringidas de la APS, sumado a los complejos procesos de formulación e implementación de políticas, han producido importantes desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en la garantía del derecho a la salud (Ase Iván, Buriyovich Jacinta, 2009).

Hacemos una primera entrevista clínica ginecológica (...) Lo antes posible les hago una ficha, que es un control mío ginecológico y de la paciente obviamente para saber sus antecedentes, para ver qué anticonceptivos corresponde, cuál es la mejor opción (...) Obviamente que el protocolo correcto es poder hacer estudios antes de comenzar un anticonceptivo... pero bueno se va evaluando de acuerdo a la paciente y de acuerdo al contexto sociocultural de la paciente porque a veces es como algo medio urgente, porque te dicen “necesito cuidarme ya”, la que decide qué método junto con la paciente soy yo. El resto puede distribuir una vez que la paciente ya comenzó a retirar (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019).

Los obstáculos burocráticos -derivaciones innecesarias, exceso de espera, circuitos engorrosos, turnos a largo plazo o ausencia de profesionales disponibles- también suponen una barrera para acceder a la salud sexual y reproductiva (Deza Soledad, Aizenberg Lila, 2017, p. 30). La organización para el abordaje de los mismos queda librada a las concepciones y criterios del equipo o de las profesiones hegemónicas. No tienen espacios de supervisión y evaluación de lineamientos y políticas públicas por parte de quienes son responsables en su diseño, planificación y evaluación. No obstante, se destaca el desarrollo de *estrategia de oportunidad* dirigida a residentes del área programática en términos de captación para el acceso al programa. Las personas que se acercan reciben algún tipo de respuesta en ese momento (atención y/o turno), aunque no se lograron identificar estrategias de recaptación de la población incluidas en programa, con discontinuidad en su acceso o las que nunca estuvieron incluidas.

De lo que nosotros depende, me parece que la accesibilidad es plena, en sentido que está como muy instalado que la demanda por salud sexual reproductiva incluye la elección de un método anticonceptivo (...) porque nosotros lo asumimos como dicen las recomendaciones, como si fuera la urgencia (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Llegamos a un acuerdo en el que todas estemos atentas y pendientes (...) tratar de que la que consulta o la que detectamos que no está incorporada al programa o que no ha estado utilizando ningún método y quiere incorporarse, enseguida ese día habla directamente conmigo o se vaya con un turno..." (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

La atención de la salud con enfoque de derechos aparece como producto de voluntades individuales y colectivas. En algunos casos, está mediada por la participación en otros espacios sociales feministas, si bien expresan la autonomía relativa y la característica artesanal del trabajo de quienes conforman los equipos de salud, dejan en evidencia la distancia entre lo enunciado por las políticas públicas y la materialización de las mismas (no así con el programa municipal), siendo una de las materias pendientes de quienes gestionan la salud pública.

La doctora, hasta en el pasillo las atiende, no he notado que haya población que se quede sin información (...) la doctora (...) está muy pendiente del fichero" (...) Estamos a la pesca de, o sea, que vamos controlando y si no la llamamos y ahora con WhatsApp tienen el grupo le van preguntando (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

Generalmente vienen a la mañana a sacar turno y si no hay turno se les programa el día (...) Una demanda concreta para ginecología, a veces yo le pregunto para qué es, si es algo urgente o no. Si no es urgente le programo el turno. Generalmente cuando vienen adolescentes y te piden para gineco ahí tratamos que entren, hay que agarrarlas, que entren en programa (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

Gestión estatal - gestión artesanal: provisión de insumos y articulación entre niveles de atención

La gestión en los centros de salud es una responsabilidad político-administrativa de las personas encargadas de los mismos, quedando muchas veces condicionada a su perfil y capacidad de gestión como así también a la disponibilidad institucional. No se menciona la existencia de monitoreo por parte de las autoridades de la DAPS en relación a cobertura poblacional, faltante de MAC, modos en que se aborda la temática, entre otros. En cuanto a la provisión/reposición de insumos se expresó la necesidad de “completar planillas” con los MAC utilizados a los fines de solicitar al área de gestión central de la política de salud municipal.

Los programas que se llevan adelante son todos los que manda la dirección de atención primaria de la salud, que uno intenta cumplirlos, a veces implica mucha burocracia (...) Yo siempre soy muy crítica con eso porque que te hacen llenar todos los meses fichas, papeles y después nunca hay una devolución de esas estadísticas, si sirve realmente para planificar o no, porque (...) después cuando vos haces los pedidos de lo que necesitas, no coincide con lo que vos pedís (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Se observan diversas estrategias para asegurar los insumos escasos. En ese sentido nos preguntamos si es que se planifica a nivel central el recurso en función de las diversas poblaciones y condiciones de salud de las mismas, si concurren mayoritariamente al sistema público o si es población con cobertura de obra social. En las entrevistas se alude a la disparidad a la hora de contar con los recursos necesarios y los márgenes de maniobra para su uso, resultante todo de mayores inequidades para la población de Córdoba, ya que habría centros de salud que disponen de una canasta casi completa de anticonceptivos y otros que reducen su atención a algunos o proponen cambios de métodos ante su falta:

La encargada del centro de salud es la responsable de solicitar de manera anticipada la provisión de insumos, algunas veces con éxito y otras sin éxito, y cuando no cuentan con los mismos desarrollan diversas estrategias. Tratamos de coordinar o enviarla a otro centro vecino que tenga menor demanda que nosotros en estos casos y pueda ir (...) o bien se trata de cambiar al método de pastillas lo cual es muy problemático, a muchas de esas mujeres les genera un conflicto en sus casas, con su pareja, el hecho de que el

método anticonceptivo sea la pastilla. En muchos casos no es algo que se sepa en la casa (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

Hubo en una época que puso una doctora y después no se puso más. Tampoco tenemos las condiciones para poner un DIU (...) andá a ver la camilla y ya con eso te dice todo. No tener las herramientas como para decir si me voy a poner un DIU no me quiero agarrar una infección(...) acá las cucarachas nos llevan entendes, las hormigas nos llevan...” (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

Nos preguntamos, siguiendo a Mario Rovere (1999),²³ si hay un criterio de equidad planteado desde las políticas públicas que se traduzcan en prácticas de los equipos de salud en relación a la atención, a la distribución de los riesgos, del saber y del poder en salud –sobre este punto volveremos más adelante.

Los circuitos para la gestión y la disponibilidad de insumos de manera continua, se presentan como factores posibilitantes u obstaculizadores para el abordaje de los derechos sexuales y (no) reproductivos. Abordaremos a continuación la disponibilidad para el acceso a los recursos materiales (MAC, preservativos y medicación para ILE) y simbólicos (materiales educativos y de información) en los centros de salud de APS municipales estudiados.

De las narrativas en las entrevistas, podemos identificar que existe discontinuidad en la provisión de MAC, por lo que muchas personas no pueden elegir o no tienen garantías de continuidad y/o que se efectivicen sus elecciones, por las faltantes que se suscitan.

Tiene que elegir uno el método. Aquí se les explica los métodos que hay, cuál es el que quiere elegir, pero tampoco hay tantos implantes porque no está viniendo hace mucho, el DIU [Dispositivo Intrauterino] estaba viniendo y ahora tampoco (...) Lo que hay son pastillas e inyecciones (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Inyectable hasta que llegue. O se lo deriva a otros centros de salud a través de una articulación informal (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

²³ Rovere Mario (1999) distingue la equidad en la atención, distribución de los riesgos, distribución del saber y del poder en salud. La equidad en la atención remite al hecho de que las personas accedan eventualmente a la misma posibilidad de servicios, y que estos servicios sean de calidad semejante, que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y que al mismo tiempo no sean estratificantes de la misma población. La equidad en la distribución de los riesgos: refiere al de de enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables. La palabra evitable es la clave en la lógica del derecho: un daño inevitable no configura derecho, mientras que un daño que es evitable pero no se evita, sí, porque hay un derecho que se está rompiendo (Rovere Mario, 1999, p.12)

La provisión de insumos tiene distintas procedencias y no es claro para quienes ejecutan la política pública, sus mecanismos y sus gestiones. Hay recursos de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Programa Provincial pero no se observa planificación municipal sobre los mismos y la adquisición directa por posibles faltantes.

Realmente es muy corta de provisión de la municipalidad, siempre fue así, esto se solucionó bastante por el Remediar de la Nación, este programa ya desde hace un tiempo ha sido recortado, así que ahora hemos vuelto a la problemática de antes. El método que tiene más problemas son los inyectables que es el más solicitado (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

Es un embole que nosotros no podamos ofertar el implante, hemos hecho reclamos y más reclamos, llamamos al 0800 de nación y nos dicen que tenemos que ir con(xxx) que es de la provincia, esa que es de la provincia nos pide listas, yo ya hecho como 10 listas del implante, pero hace como 6 meses que no nos traen, esto es un obstáculo (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

De acuerdo a lo que plantea Josefina Brown (2008), el derecho a elegir el MAC estaría siendo vulnerado por la falta de disponibilidad. Se presenta un elegir restringido a lo “que hay” limitando la autonomía de las decisiones de las personas.

Los esfuerzos traducidos en articulaciones, apelando en términos bourdieanos a su *capital social*,²⁴ que realizan algunxs profesionales para que las personas accedan al MAC, posibilita por un lado potenciales soluciones a la disponibilidad del insumo, siendo esta cuestión esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades (OMS, 2015) pero también puede constituirse en inaccesibilidad geográfica, en términos de lo conceptualizado por Floreal Ferrara (1985).

También observamos como la escucha atenta permite a las mujeres tomar decisiones sobre la elección del MAC, y esto hace a la tasa de éxito del mismo. Son sin dudas las decisiones personales acompañadas con información clara y precisa la que permite la mayor autonomía en las decisiones.

²⁴ Dice Bourdieu, que se trata de un conjunto de recursos que pueden ser usufructuados por el individuo (o un determinado colectivo) sólo en tanto que éstos pertenezcan a una red duradera de relaciones institucionalizadas, o lo que es lo mismo, donde los miembros se reconozcan y validen mutuamente con base en un contrato implícito o explícito de pertenencia (Bourdieu & Wacquant, 1992).

Después que esa persona realizó una consejería, una entrevista inicial para ver qué métodos hay y se identificó con ese método y no con los demás, si no es así yo creo que los demás pueden fallar (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

El acceso a esta información clara y oportuna por parte de la población que demanda la provisión de recursos, presenta heterogeneidades en relación a la cartelería y material de folletería en los diversos centros de salud. La gestión institucional en APS, no provee a los equipos el material educativo que le sirva como soporte para la información en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos, ya sea para sala de espera, consultorios o para su abordaje territorial y colectivo.

En este sentido, es importante destacar las prácticas instituyentes de algunos equipos de salud, que construyen artesanalmente respuestas para garantizar el acceso a la información, desde la estrategia de oportunidad para consejerías, en sala de espera o bien la gestión en otras instituciones. Desde allí se recupera y valoriza el trabajo comprometido del personal de salud, pero desde un posicionamiento vinculado al enfoque de derechos e interseccional. La provisión de este recurso debe ser garantía y responsabilidad del Estado, en todas sus jurisdicciones.

Las tensiones y problemas enunciados, entendemos, deben revertirse dada la importancia de dispositivos múltiples de comunicación que posibiliten acceder a la información y ubicar al centro de salud como referente de los derechos sexuales y (no) reproductivos. Especialmente cuando en determinados espacios territoriales se disputan sentidos y formas de respuestas frente al tema con sectores de las iglesias. La información sanitaria brindada por profesionales de salud, resulta clave para la toma de decisiones libres, y debe entenderse como “aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente” (Deza Soledad, Aizenberg Lila, 2017. p. 25).

En este sentido, la información que pueda construirse desde la política pública aporta al trabajo profesional y se constituyen en arreglos administrativos burocráticos que traducen enfoques/paradigmas de la misma. La accesibilidad, en tanto disponibilidad y acceso a insumos materiales y simbólicos, presenta dificultades por su falta o discontinuidad, situación que puede asociarse a la falta de recursos generadas por quienes deben garantizarlas (gestión política) o por quienes asumen responsabilidades en cada centro de salud (gestión técnica-administrativa). Ambas situaciones requieren de respuestas macro/micro: una, en relación a destinar los recursos económicos e informacionales suficientes y accesibles para dotar al programa de lo necesario de acuerdo a la demanda y a los enfoques de abordajes; otras, en relación a institucionalizar circuitos/protocolos que aporten claridades en los recorridos para la gestión y posibilidad de monitoreos. Por último, es importante destacar las múltiples estrategias que

desde algunos equipos de salud se ensayan cuando la disponibilidad y acceso se encuentran amenazadas por la falta de insumos.

Otra dimensión en relación a los circuitos de atención en salud son los mecanismos de referencia y contrareferencia. Estos refieren al sistema de comunicación fluida, eficiente y segura en las relaciones interinstitucionales entre los niveles de atención. La referencia se vincula a las acciones de solicitud de intervención que le hace una institución a otra, mientras que la contrarreferencia, da cuenta de las respuestas que se emitan.

Estos mecanismos adquieren especial significación en APS para garantizar el acceso a derechos en salud sexual y (no) reproductiva, en tanto existen un conjunto de intervenciones que no se desarrollan en el primer nivel de atención, tales como los procesos de hormonización, anticoncepción quirúrgica permanente (ligadura tubaria y vasectomía), atención de abortos sépticos, fallas en tratamientos de interrupciones de embarazos, entre otros.

Articulación (...) No es que las mando con un médico específico, solamente las mando con la nota para que saquen turno para iniciar el trámite (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019).

Hay que derivarlas y no está aceitado el sistema. Muchísimo menos para la vasectomía (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Con la ligadura de trompas es terrible acá en el territorio, no tenemos dónde mandar (...) excede todo tipo de práctica tanto de los profesionales como de las mujeres, eso es claramente política institucional (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2019).

La fragmentación que caracteriza a las políticas públicas en Argentina se evidencia en el sistema de referencia y contrarreferencia. También en este campo se convierte en mecanismos obstaculizadores tanto para la población como para los equipos de salud, vinculados a la accesibilidad a los servicios en los establecimientos hospitalarios, la aceptabilidad de otras intervenciones profesionales relacionadas al territorio y el respeto a las necesidades de los sujetos. Como sostiene Alfredo Carballada (2018):

Es justamente desde lo territorial donde es observable la necesidad de repensar convenciones sistemáticamente repetidas y fallidas, como los sistemas de referencia y contrareferencia en tanto ordenadores de las circulaciones dentro del sector, tanto desde el punto de vista material como simbólico (p. 4).

La derivación es la práctica que predomina ante la fragmentación, sin saber si la persona accede al mismo. En algunas situaciones se lograron reconstruir derivaciones a determinadas instituciones para acceder a ciertos servicios, pero se destaca el escaso o nulos conocimientos de los modos de funcionamiento en los centros de salud o la generación de facilidades en la gestión de turnos para la persona que lo demanda, evidenciándose la ausencia de procesos de referencia-contrareferencia.

Las ligaduras (...) hay que articularlo de alguna forma, uno lo deriva a maternidad, le haces el pedido de salud mental, tiene que pasar por servicio social, la tiene que ver el ginecólogo, o sea se hacen todas las derivaciones y se van (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019)

Hay un conocimiento acabado respecto del funcionamiento del segundo y tercer nivel de atención de salud en cuanto a la práctica de la ligadura de trompas y sus permanentes obstaculizaciones. Sin embargo, se constituyen en una doble barrera, porque tampoco se exigen contra referencias que permitan hacer seguimiento de las mujeres y de sus demandas en los hospitales.

Derivamos al consultorio de planificación familiar con todo (...) y el momento de la intervención quirúrgica no llega nunca. La previa sí, en los consultorios la psicóloga, las entrevistas para saber si está segura y todas esas cosas sí funcionan bárbaro, pero no la intervención quirúrgica (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Siempre lo hablamos (ligadura tubaria) con las chicas sobre todo con las que tienen varios niños o (...) tienen cierta edad o tienen factores de riesgos de salud, siempre les decimos “nosotros hacemos los controles de embarazo hasta tantas semanas vos tenes tu derecho de ir al hospital y si vos queres ligarte las trompas te lo tienen que hacer, lo mismo que si tu marido se quiere hacer también la vasectomía también puede hacerlo (...) estamos en un mundo super machista y todavía está ese tabú: ay! no!! que va a pasar después si me hago la vasectomía (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Informes de profesionales que realizan consentimiento rechazados, turnos a largo plazo, derivaciones inexistentes, opresión, desigualdad, control, dominación e imposición médica,

asimetrías en las relaciones y tomas de decisiones, dan cuenta de prácticas de violencia contra la libertad reproductiva y violencias institucional (Ley Nacional 26.485, Art. 6°). La mayor demanda sigue estando por parte de personas gestantes en torno a la ligadura tubaria como MAC permanente. En tanto la vasectomía, no es una práctica demandada en los centros de salud (salvo excepciones) como así tampoco un método informado en los reportes institucionales dada la escasa concurrencia de varones a los mismos, por asuntos vinculados a la sexualidad, reproducción y anticoncepción.

Nos ha sido difícil, básicamente las ligaduras, porque hemos enviado (...) y hemos tenido problemas, porque no han aceptado por ahí el consentimiento de nosotros, firmado por psicólogo, por trabajadora social y por médico y no lo aceptan, y le hacen hacer ese mismo consentimiento en el lugar y eso va dilatando (...) Después hemos tenido también muchas veces las mujeres que vienen ya decididas que se querían hacer la ligadura y no se la hicieron porque eran muy jóvenes, entonces, como referencia hemos encontrado en el Rawson un lugar como más amigable para la ligadura. Y para el Papanicolau articulamos directamente con nuestra dirección... digamos, con medicina preventiva y si hace falta tomar muestras, biopsia y demás, si se deriva ahí (Entrevista realizada a profesional de Medicina Generalista, 2019).

La violencia institucional se hace más evidente en algunas prácticas de anticoncepción cuando son las mujeres jóvenes sin hijxs, o con unx o dxs, las que exigen el cumplimiento de una Ley Nacional e interpelan fuertemente el mandato de la maternidad. Son prácticas médicas en salud fuertemente arraigadas en una especialidad de la medicina, *ginecología*, que fuertemente reproduce el modelo biomédico y mira a la mujer como reproductora de la especie.

Las personas llegan con esa demanda y nosotros le hacemos la derivación, no indagamos mucho más. Porque una vez hicimos todo para que fuera a la maternidad provincial, al llegar allí los hicieron arrancar desde cero (...) Son muy burocráticos con los turnos, había varias trabas, con que son jóvenes, que tienen pocos hijos, que, si cambian de maridos que van hacer, bueno esas cosas se las siguen diciendo a las personas cuando van (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019)

Accesibilidad territorial

La accesibilidad se cimenta como una vinculación, como un lazo social entre el sistema de salud o de acción social y usuarios de ésta. De este modo, puede ser entendida como una relación cargada de significados que relaciona a las políticas, las instituciones y a la sociedad, al decir de Alfredo Carballada (2018).

El *área programática* es un concepto constitutivo y operativo de la APS, utilizado para gestionar la salud pública. En un escenario particular, es el ámbito geográfico y poblacional de cobertura asignado a cada centro de salud para ejecutar estratégicamente distintas acciones preventivas, promocionales y de atención de la salud, desde un abordaje individual, familiar y comunitario. Además, permite organizar la tarea delimitando responsabilidades administrativas y sanitarias en un determinado espacio poblacional -como pueden ser actividades de monitoreo, de búsqueda activa o vigilancia epidemiológica- contando y produciendo información que posibilita una planificación socio-sanitaria situada.

Los centros de salud municipales poseen la definición formal de un área programática *delimitando* una porción de la población sobre la cual se tiene una responsabilidad particular en relación a la inclusión en programas de atención de la salud. Éstas fueron definidas respondiendo a diferentes y antagónicas lógicas en cada oportunidad que se estableció, precisando políticas geográficas, demográficas, sociales, sanitarias, vinculadas a la creación de cada centro de salud particular y de acuerdo a un momento histórico y un sector poblacional determinado.

En esta perspectiva, dicha delimitación se constituye en un elemento de la accesibilidad, tanto administrativa como geográfica (Ferrara Floreal, 1985), que puede flexibilizarse permitiendo la inclusión de personas o bien rigidizarse para establecer requisitos de exclusión en la atención. La accesibilidad es, en definitiva, “una construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias a la población” (Carballada Alfredo, 2014, p. 18).

También es posible pensar al área programática como un “territorio de responsabilidad compartida”, entendiendo que el término “responsabilidad” involucra el accionar de agentes de salud y las respuestas que deben dar a las necesidades de su población a cargo, cuestión que permanece invisibilizada en la palabra programática. Por otra parte, se contrapone el concepto de “área” con el de “territorio” y principalmente se avanza en pensar que la gestión de la salud en el territorio requiere de la participación de los vecinos y desde allí trabajar sobre las necesidades y los recursos existentes y/o necesarios (Morillo, Ana; Bocco, Graciela; Suarez, Fernando; 2008).

Los territorios no sólo son un espacio físico delimitado geográficamente, sino también un campo de disputa donde se materializan las relaciones sociales de poder y dominación. Es decir, se reflejan las desigualdades sociales, políticas, económicas, culturales, de género y étnicas, que son producto de procesos socio-históricos de territorialización-desterritorialización (Bernardo Mançano Fernandes, 2008). Como precisa Pierre Bourdieu (2000):

El espacio social se traduce en el espacio físico, pero siempre de manera más o menos turbia: el poder sobre el espacio que da la posesión del capital en sus diversas especies se manifiesta en el espacio físico apropiado en la forma de determinada relación entre la estructura espacial de la distribución de los agentes y la estructura espacial de la distribución de los bienes o servicios (p. 120).

La complejidad de los territorios, los poderes, los conflictos requieren de procesos deliberados de trabajo que posibilitan una caracterización compleja e integral de los mismos, permitiendo de esta manera construir salud colectiva desde estrategias situadas.

Para los Centros de Salud, las áreas programáticas actuales definen lugares que al decir de Pierre Bourdieu (2000) refieren a localizaciones y posiciones que resultan singulares y profundamente heterogéneas, algunas de ellas también a su interior. Se distinguen en cantidad y características de sus pobladores, composición de las familias, número y dinámicas de instituciones y grupos comunitarios, trayectorias organizativas y de constitución de los barrios, inserción laboral de lxs vecinxs, acceso y posesión de bienes y servicios, disponibilidad y acceso a instituciones estatales, área geográfica que comprende, espacios urbanizados y de circulación, problemáticas socio-sanitarias y ambientales, entre otras.

El conocimiento de la delimitación geográfica en tanto área programática es variado. Las miradas y percepciones vinculadas a los territorios en que se insertan también lo son. Unos las identifican desde el número de habitantes o ciertos rasgos socioeconómicos muchas veces construidas sobre miradas estigmatizadoras. En otros casos, aparecen discursos que se acercan al enfoque interseccional, ligados a cuestiones de clase, género, etnia, generación; comprendiendo situaciones de opresiones múltiples y simultáneas.

Las formas de comprender las condiciones de existencia de la población que concurre a los servicios y explicar lo que acontece en el área programática por parte del equipo de salud, sitúa las condiciones en que se expresa el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, modelando y condicionando planificaciones y prácticas:

Acá son cooperativas, donde la misma gente se organizó para hacer sus propias casas, (...) familias unidas, todas las casas son iguales, dos habitaciones, cocina-comedor, baño instalado y así es la tipología de la vivienda. Hay una zona más vulnerable, hay que atravesar un baldío y la tipología de la vivienda es más precaria, hay hacinamiento, el baño está afuera, no hay agua potable, son otras cuestiones socio-sanitarias (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Todas son mujeres, realmente muy golpeadas por todo, desde la situación económica, la situación donde viven los vecinos, donde está asentada, su marido (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

Nosotros trabajamos con algunos sectores que no tienen para comer cotidianamente ni darle de comer a sus hijos, la salud sexual y reproductiva le importa tres cominos ¿no? (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2019).

En general las caracterizaciones de las poblaciones se basan en informaciones a partir de la experiencia del contacto cotidiano con lxs usuarixs. No se presentaron respuestas que tomaran como referencia diagnósticos comunitarios u otras fuentes oficiales de estadísticas. En las caracterizaciones a las poblaciones priman su descripción en relación a las problemáticas/necesidades sociales existentes en las familias/territorios. Tampoco se reflejan en la mayoría de las respuestas cuestiones en relación a la cultura, las organizaciones sociales, los capitales que poseen las comunidades. Esto último sería fundamental que los equipos lo incorporen ya que permitiría realizar un análisis desde las potencias de las comunidades, necesarias a tener en cuenta a la hora de pensar en clave de salud colectiva en el primer nivel de atención.

Los relatos de las entrevistas dan cuenta que estos territorios o áreas programáticas, para organizar el trabajo, no necesariamente son conocidas por todo el personal que integra los equipos de salud. Tampoco sobre su dinamismo y modificaciones, cambios por el crecimiento poblacional, los procesos de urbanización e incluso por modificación de criterios de vulnerabilidad de la población identificados por los propios equipos de salud.

De lo señalado se observan diversos criterios atendiendo el principio de cobertura en salud. Algunos equipos restringen la atención a quienes viven exclusivamente en el lugar de referencia y pueden acreditarlo con domicilio registrado en su DNI:

Sí o sí que sea de nuestra área programática, de los barrios que nosotros atendemos, que tenga el domicilio aquí (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Pedimos documento (...) Por ahí el cambio de domicilio no lo tienen y los atendemos. Mucha gente se va a vivir a otro lado (...), pero antes se atendían acá y se siguen atendiendo acá. Por ahí lo que es salud sexual y reproductiva la primera vez si se atiende porque se considera como una emergencia. Pero después se deriva al barrio que les corresponde para continuar con el método (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019).

En cambio, otros equipos para algunas prestaciones, como la entrega de MAC y/o acompañamiento en ILE/IVE, atienden por demanda independientemente del área programática, incluyendo incluso otras localidades cercanas o aquellas que parecieran no ser contempladas por ninguna área de influencia:

No nos importa el área programática, nos interesa la gente, es lo que hacemos día a día, por eso es que tenemos tanta gente atendiendo (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

Porque allá (...) tienen más trabas que acá, y eso que está al lado, está al límite, pero es como que por ejemplo le dicen que no hay, o... Entonces vienen acá chicas jovencitas por ejemplo a buscar inyectables: eh... vengo a buscar inyectables porque allá no hay. ¿Acá hay? Sí, sí, y acá les damos, para que no corten. Y después vuelven de nuevo, como que le ayudamos, digamos (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

La inserción comunitaria de los Equipos de Salud

Pensar a la APS en su carácter integral, no sólo como un nivel de atención, requiere la construcción de enfoques que contengan lo social y den forma a las modalidades/estrategias de atención. Por tanto, incluye a la salud comunitaria al incorporar a la vida en comunidad como aspecto que incide en la manera en la cual transitamos el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de manera individual y colectiva. Al tener una perspectiva de anclaje territorial (por su carácter comunitario), incluye en su concepción una visión social de la salud integral como

proceso histórico (Pasarín, María Isabel; Forcada, Carme; Montaner, Isabel; De Peray, Josep Lluís; Golfín, Jaime; 2010).

Allí radica la importancia de la inserción comunitaria de los equipos de salud y el reconocimiento por parte de éstos, de las formas organizativas que adquieren lxs sujetos en los territorios, principalmente al momento de traducir las políticas o programas en prácticas de promoción-prevención-atención-cuidado.

De los relatos se desprende una priorización de la atención en consultorio, quedando muchas veces relegadas las acciones de promoción, prevención y el trabajo territorial desde procesos socio comunitarios de participación, aduciendo motivos diversos:

- Por sobredemanda:

Nos ha resultado súper difícil salir, hay varias cosas que limitan, primero la cantidad de demanda que hay, (...) implicaría disminuir la asistencia. Hacemos lo asistencial con conciencia y bueno. Nos falta un poco de preventivo, de talleres...” (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

- Por escasez de profesionales con experticia en dichos abordajes:

Con la falta de recurso humano se complica ir por ejemplo a los colegios y está bueno ir a los colegios, debería hacerse mucho más. Ahí habría que hacer hincapié (...) Los chicos escuchan mucho y hacen muchas preguntas (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

- Por temores e inseguridades:

Se debería hacer, pero es difícil por la inseguridad del barrio. Yo no tendría problema porque conozco y sé cuáles son los límites, pero mis compañeras no quieren salir (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Los motivos y razones esgrimidos se traducen en las prácticas y representaciones que aparecen mayoritariamente en los equipos de salud y que dan cuenta, una vez más, de la composición de los mismos y la predominancia de la profesión médica. En general, siguiendo los lineamientos del Programa Municipal de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación, las acciones son de corte asistencial-individual, lo que repercute a la hora de pensar y priorizar otros

modos de trabajo sumado a que muchas veces no se cuentan con las capacidades necesarias debido a la falta de una mirada interdisciplinaria.

Realizar un trabajo de promoción y prevención a nivel territorial requiere, además de contar con programas con enfoque colectivo, de capacidades profesionales para el abordaje comunitario que tenga en cuenta la salud de la población de manera integral.

Un equipo de salud con alguien de salud mental y trabajo social sería el equipo óptimo para poder agregar a este equipo (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Aún con los obstáculos señalados, se observan en los diferentes equipos un conjunto de prácticas que intentan superar los mismos. En algunos relatos encontramos referencias a actividades de prevención y promoción, que se traducen en campañas o en adhesión a ciertas conmemoraciones, durante el año.

Para el testeo (refiere a VIH) se hace una vez al mes (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019).

Solemos hacer campañas que tienen que ver con PAP, por ahí uno indaga sobre estas cuestiones de cómo proyectar su salud sexual y lo que tenga que ver con planificación familiar, vamos a los colegios, tenemos el secundario, el primario no tanto, pero con el secundario participamos de actividades, porque ellos tienen que realizar actividades en torno a la salud sexual. Lo estipulado hasta ahora, damos una charla y ellos vienen y visitan el centro y les mostramos los diferentes métodos anticonceptivos que tenemos y todos se van con la pastilla del día después para que la conozcan, preservativos, todo esto hablado previamente con la directora del colegio... Y después todo el que consulta a administrativos, a cualquiera de los médicos hay apertura. Más de las campañas puntualmente otra cosa no se hace (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Se abre el centro hacia la comunidad y también hay actividades en el terreno puntuales. Por ejemplo, ahora justamente vamos a arrancar con ESI en la escuela primaria (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

En otros equipos que cuentan con profesionales que provienen de las ciencias sociales y humanas o tienen perspectivas teórico-políticas vinculadas a salud comunitaria. Se desarrollan

prácticas de promoción y prevención desde el abordaje colectivo/territorial respetando los tiempos de las comunidades e incluso por fuera del horario laboral, implementándose en los márgenes de lo instituido (del consultorio, del centro de salud). Los siguientes relatos son ejemplificadores:

Es mucho más de promoción y prevención que de asistencia y me ha costado un montón instalar ese proyecto que es por la tarde (...) no sé con exactitud, pero te diría es muy difícil que un centro de salud esté abierto si no hay un médico, es excepción romper eso, que se abra el centro de salud que está tomado por niños y jóvenes (...) por los vecinos y las vecinas (...) Entonces desde ese lugar hasta incluso te resulta después más sencillo llegar a un abordaje diferente de la sexualidad (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

Tenemos proyectos extramuros como le llaman, estamos trabajando con las escuelas (...) estamos yendo todos los miércoles dos profesionales de acá, como un consultorio, a una de las escuelas de la zona (...) nosotras llevamos el maletín de salud sexual porque la mayoría son consultas desde ahí, pero fuimos organizando diferentes talleres con distintas temáticas, ayer se dio alimentación saludable y ejercicio físico, llevamos una nutricionista (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Empezamos a armar una reunión intersectorial con diferentes actores del barrio para temáticas como adicciones, salud sexual, embarazo adolescente, nos convoca eso, hace 2 años ya que nos venimos juntando con diferentes proyectos (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Se fue finalmente constituyendo, no tanto como un espacio de vecinos, sino un espacio de articulación con las distintas instituciones también por los horarios más de mañana, eso es muy importante y sigue funcionando (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

Estas prácticas y concepciones de intervención en los territorios, aunque reducidas en el conjunto de los centros de salud, son altamente significativas para el acceso al derecho a la salud en general y la salud sexual y (no) reproductiva en particular. Al respecto son esclarecedoras las palabras de Mario Rovere (1999) respecto a la equidad en la distribución del saber y del poder en salud:

Cuando hablamos de participación social (que se incluye dentro de la categoría poder) sabemos que hay muchas formas de escamotearla, por ejemplo, creando los canales para que la gente participe pero privándola de la información (categoría saber) para que pueda tomar decisiones en ese mismo espacio de participación. De alguna forma poder y saber se refuerzan recíprocamente. La idea es que el saber o el conocimiento pertinente para mejorar la salud, el saber o el conocimiento pertinente para mejorar mis condiciones de vida, para tomar decisiones sobre mi propio cuerpo, sobre mi propia vida, sobre mi propia muerte, parece que en el modelo tradicional nos ha sido escamoteada (p. 13).

El derecho al ejercicio libre, responsable y placentero de la salud sexual se objetiva en pocos profesionales como dimensión de abordaje desde una perspectiva más integral, ligada a la autodeterminación sexual y separada de la procreación/anticoncepción. Estas prácticas se vinculan a la promoción y prevención especialmente con las niñas y juventudes, en espacios grupales territoriales, vinculados a otros derechos como el juego, la recreación y actividades socio-educativas (talleres de danza, coro), es decir, desde una perspectiva de salud integral. El abordaje de la Educación Sexual Integral (en adelante ESI) aparece de manera recurrente en los relatos, proceso que acompaña las trayectorias de vida de los sujetos desde la infancia a la adultez.

La escuela aparece como un espacio colectivo clave y estratégico para abordar el tema de los derechos sexuales y (no) reproductivos, construyéndose articulaciones intersectoriales mediadas en el territorio por relaciones de confianza y el establecimiento de vínculos que son producto de la inserción comunitaria de algunos equipos de salud más que procesos de gestión intersectorial de las políticas públicas.

Nosotras trabajamos con los niños de esta escuela y (...) educación sexual integral hace 10 años, y hace 10 años que les mostramos todos los métodos. O sea, hay pibitas que estuvieron acá hace 10 años y ahora tienen 20, 25, son pibas que ahora vienen al centro de salud. Laburamos con las mujeres, cuando se reúnen los grupos, hay un grupo de mujeres ahora, hubo un grupo antes, en general nosotras laburamos todo lo que tiene que ver con eso, con los métodos (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2019).

Por el trabajo que venimos haciendo y por el vínculo que vamos teniendo no sé si tiene que ver con el paso del tiempo, hay como un cambio en relación a eso (...) con los niños

trabajamos la ESI, trabajamos el amor propio, los límites, el cuerpo, en las emociones, qué sensaciones se sienten en el cuerpo (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

Si bien el abordaje colectivo de los derechos sexuales y (no) reproductivos queda solapado y en consonancia con el Programa Municipal, prima un abordaje individual de corte biologista, asentado en un sistema de creencias que reproducen miradas binarias, heteronormadas, patologizantes, que excluyen y convierten a personas diversas en (no) usuarias, contraponiéndose a los avances normativos de las últimas décadas.

Las prácticas descritas aparecen como instituyentes, generan otros tipos de abordajes y posicionamientos en la vinculación con lxs sujetos individuales y colectivos que transitan de manera particular los territorios, logrando así recuperar o problematizar necesidades e intereses, muchas veces, invisibilizadas por prácticas hegemónicas por parte de agentes de la salud. Y aunque en el espacio institucional aparecen como residuales y tienen escaso o nulo reconocimiento, en vinculación, los derechos sexuales y (no) reproductivos, dan cuenta de diferentes mecanismos que se implementan para efectivizar los mismos y reducir desigualdades en la población de referencia.

A modo de cierre

El ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos por parte de la ciudadanía de Córdoba, involucra aspectos, a nuestro entender, insoslayables, cuya garantía es responsabilidad del Estado municipal. Para que ello sea efectivo, reconocemos que en el campo de la salud se producen disputas de sentidos, discursos y recursos en el que intervienen actores con desiguales posiciones, intereses y posibilidades, lo que produce arreglos diferenciados en cada uno de los territorios observados.

Uno de estos aspectos es la existencia de leyes y normativas que los hagan exigibles, traduciendo en programas con la correspondiente asignación de los diferentes recursos necesarios. El Programa Municipal que analizamos es restrictivo en sus concepciones y recursos disponibles, pero coherente con un modelo institucional que prima en la Dirección de Atención Primaria de la Salud. El mismo se corresponde con lo que Eduardo Menéndez (2003) caracteriza como *Modelo Médico Hegemónico*, matriz que es producida y reproducida por integrantes de los equipos de salud, principalmente por profesionales médicos, pero también aceptada y asumida por parte importante de la población con la que se trabaja.

En esta perspectiva, el Programa Municipal se presenta con una fuerte impronta biologista, heteronormativa, capacitista, que resguarda la reproducción biológica en el marco de la pareja y la familia tradicional. Por otro lado, se identifican importantes ausencias: el mismo no incluye a la población LGBTTIQ+, ni a jóvenes y adolescentes, tampoco a la práctica segura de interrupción de embarazo como una demanda posible en el primer nivel de atención, y evita desarrollar aspectos de lo sexual que no refieran a lo físico. Estos indicadores nos permiten afirmar que se trata de un programa institucional cuya matriz teórica-conceptual es profundamente restrictiva, limitada y regresiva tanto en la definición de lxs sujetos destinatarixs como en las prácticas que protocoliza. Lo que se encuentra principalmente descontextualizado de las legislaciones nacionales y normativas internacionales, como así también de las conquistas obtenidas por movimientos de mujeres y colectivos de disidencias, que debieran ser su marco.

Estas normativas, de alguna manera, organizan el campo de la salud, moldean discursos y también prácticas, producen subjetividades a través de la categorización y la definición de estrategias de intervención, habilitando o constriñendo posibilidades de ejercicio efectivo de derechos sexuales y (no) reproductivos, pensando en unx sujeto universal y no en diversidades/particularidades.

Por otro lado, la accesibilidad “da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias a la población” (Carballeda Alfredo, 2018, p. 3). Si bien ésta es una construcción colectiva y eminentemente política, hemos visualizado diferentes obstáculos vinculados a: los modos organizativos, a la gestión de recursos (humanos, materiales, educativos), a la discontinuidad en la provisión de métodos anticonceptivos, a la falta de capacitación de lxs trabajadorxs. Pero también y de manera simultánea, incipientes e instituyentes prácticas que intentan superarlos, identificando diferencias entre los diversos equipos de salud, como así también al interior de los mismos. Ello evidencia una importante autonomía por parte del personal de salud en la realización de su tarea (Spinelli Hugo, 2010), que también puede ser aprovechada para flexibilizar circuitos institucionales, planificar capacitaciones necesarias, proponer redes organizativas que favorezcan un modo inclusivo y respetuoso, no sólo para acceder al servicio de salud, sino para transitar y permanecer en él, en un marco donde se concibe la demanda por salud sexual y (no) reproductiva como una consulta de *urgencia* que no admite demoras ni obstáculos.

La fragmentación que caracteriza a las políticas públicas en Córdoba se evidencia en el sistema de referencia y contrarreferencia. También en este campo se convierte en mecanismos obstaculizadores tanto para la población como para los equipos de salud, vinculados a la accesibilidad a los servicios en los establecimientos hospitalarios, la aceptabilidad de otras intervenciones profesionales relacionadas al territorio y el respeto a las necesidades de lxs

sujetos. En muchas circunstancias cada práctica de atención “se tiñe –en forma poco visible– de una lucha por el derecho a la salud, convirtiendo la relación entre el sujeto de derecho y la Política Sanitaria, en un terreno de complejidades, dudas y dificultades que atraviesa la intervención” (Carballeda Alfredo, 2018, p. 4).

La mirada sobre los territorios complejiza y singulariza los problemas sanitarios, de allí la importancia del anclaje territorial de los equipos de salud. Si bien no es predominante que se desplieguen estrategias comunitarias y territorializadas, es decir, aquellas que miran a lo colectivo en un contexto situado, son identificadas por el personal de salud como necesarias en APS, y atribuyen su ausencia principalmente a la escasez de personal y gran demanda de asistencia individual. Entendemos también, responde a cómo está pensada la política sanitaria “desde arriba” y que se hace letra en el Programa Municipal, ya que la gestión del mismo se planifica a nivel central, identificando unilateralmente los problemas y las respuestas, y administrando los recursos en los que se desagrega el plan a nivel local. De este modo, las políticas sanitarias verticalistas argumentadas en la autoridad de expertxs, desconocen singularidades, simplifican demandas y generalizan las necesidades de los pobladores.

Referencias

- Ase, Iván y Burijovich, Jacinta. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5 (1): 27-47 <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229>
- Belluci, Mónica. (1994). Decidir sobre el propio cuerpo es un derecho ciudadano. *Feminaria*, nº 13, 10-12.
<http://tierra-violeta.com.ar/wp-content/uploads/2020/07/Feminaria13.pdf>
- Bourdieu, Pierre. (2000). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica, 1º reimpresión.
- Bourdieu, Pierre. (2012). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Breilh, Jaime. (1991). *La salud-enfermedad como hecho social*, en Betancourt, Breilh, Campaña Y Granda Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras. México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Brown, Josefina. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cad. Pagu*, N° 30, 269-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>. Consultado febrero 2020.
- Carballeda, Alfredo. (2014). *Escenarios sociales, intervención y acontecimiento*. Buenos Aires: Ediciones digitales Margen. Recuperado de: <https://www.margen.org/epub/acontecimiento.pdf>
- Carballeda, Alfredo. (2018). *La accesibilidad y las políticas de salud*. Buenos Aires: Ediciones digitales Margen, recuperado de http://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02_01.pdf
- Ciriza, Alejandra. (2015). Construir genealogías feministas desde el Sur: encrucijadas y tensiones. *MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales Vol II, N° 3*, 83-104 Centro de Publicaciones. FCPyS. UNCuyo. Mendoza <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/millca-digital/issue/view/50/38>
- Colazo, Carmen. (2009). Feminismos en la América Latina globalizada/localizada. Nuevas democracias, nuevas izquierdas, en deuda con la equidad de género: ¿Un espacio amigable para una utopía posible? *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(33), 105-118. Recuperado en 13 de diciembre de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000200007&lng=es&tlng=es.
- Deza, Soledad y Aizenberg, Lila. (2017). Monitoreo social sobre anticoncepción e interrupción legal del embarazo en Tucumán. *Colección Católicas por el derecho a decidir*.

Tucumán, Argentina. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1106>, consultado en septiembre de 2020

Di Marco, Graciela. (2012). Las demandas en torno a la Ciudadanía Sexual en Argentina. *SER Social*, 14(30), 210–243. https://doi.org/10.26512/ser_social.v14i30.12830 / https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12830/11203

Grassi, Estela. (2006). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires: Espacio.

Ferrara, Floreal. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos Editora.

Fraser, Nancy. (1986). *Movimientos sociales vs. Burocracias disciplinarias: los discursos de las necesidades sociales*. Minnesota: Centro de Estudios Humanísticos.

Kanoepfel, Peter; Laure, Corinne; Varone, Frederic; Hinojosa, Miriam. (2007). *Hacia un modelo de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones*. En Revista Ciencia Política Nº. 3, 11-41. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/17521/18378>

Levin, Silvia. (2010). *Derechos al revés. ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad? Argentina en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Mançano Fernandes, Bernardo. (2008). La ocupación como una forma de acceso a la tierra en Brasil: una contribución teórica y metodológica. En MançanoFernandes, B. (Ed.) *Recuperando la tierra. El resurgimiento de movimientos rurales en África, Asia y América Latina*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO

Maxwell, Joseph. (1996). Un modelo para el diseño de investigación cualitativo. *Qualitative research design. An Interactive Approach*. Sage Publications. Traducción de María Luisa Graffigna. http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/maxwell___qualitative_research_design__cap_1.pdf

Menéndez, Eduardo. (2003). Modelos de atención de los padecimientos. De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud colectiva*, 8(1), 185-207.

Morillo, Ana; Bocco, Graciela; Suarez, Fernando. (2008). *Gestión en el primer nivel de atención de salud. Un relato de experiencia*. Congreso Internacional de Medicina General. Rosario, Argentina.

Organización Mundial de la Salud (2015) *Criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/

Oszlak, Oscar. (2006). Burocracia Estatal. Política y Políticas Públicas. *POSTData Revista de Reflexión y Análisis Político*, Vol. XI, 2006, pp. 11-56
<https://www.redalyc.org/pdf/522/52235599001.pdf>

Pasarín, María Isabel; Forcada, Carme; Montaner, Isabel; De Peray, Josep Lluís; Golfín, Jaime. (2010). *Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública*. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24, 23-27.

Repetto, Fabián. (2010). Protección Social en América Latina: la búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, No. 47, 89-130.
<https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533679004.pdf>

Rovere, Mario. (1999). *Red en salud; un nuevo paradigma de las organizaciones y la comunidad*. Buenos Aires: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión)

Sarfatti Larson, Magali. (1989). *Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo*. Filadelfia, Estados Unidos: Universidad del Temple.

Sautu, Ruth. (2009). Controversias y concurrencias latinoamericanas. *ALAS Asociación Latinoamericana de Sociología*, 1, 155-177. Ver en http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Sautu_el-marco-te%C3%B3rico-en-la-investigaci%C3%B3n-cualitativa.pdf consultado el día 13/12/2021

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

Soldevila, Alicia; Crosetto, Rossana y Bosio, María Teresa. (2018). *Movimiento de mujeres, diversidad familiar y demandas en el campo de la salud pública*. CLACSO. Simposio Internacional: pensar lo público desde las investigaciones e intervenciones feministas: debates y controversias en clave latinoamericana y del Caribe. Posadas: Universidad Nacional de Misiones.

Spinelli, Hugo. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>

Spinelli, Hugo. (2015). El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales? *Investigación y educación en enfermería*, 33(2), 194-205. DOI: 10.17533.

Vasilachis, Irene. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. En Vasilachis, Irene (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Ed. Gedisa.

Ley Nacional 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, ver en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Capítulo 5

Los Derechos Sexuales y (No) Reproductivos. Las miradas puestas en juego

Paola García, María Celeste Bertona,

Gabriela González Ramos, Ana Morillo, Eugenia Alvarez Matteazzi

Introducción

En este capítulo avanzamos en relación a las prácticas y procesos de interpretación de necesidades y derechos puestos en juego por el personal de salud en la *atención de la salud sexual y (no) reproductiva*, lo que va delimitando sus intervenciones y, por tanto, los servicios que se prestan.

Desarrollamos algunos conceptos teóricos que permiten analizar sistemas cognitivos, sentidos y significados que las personas producen del mundo en que viven, a partir de sus posiciones y trayectorias (experiencias previas) en el contexto socio-cultural. Qué saben, tanto en términos de conocimientos e información sobre la normativa, las políticas y programas vinculados a los *derechos sexuales y (no) reproductivos*, a necesidades y demandas referidas al acceso (material y simbólico) en la atención primaria de la salud y cómo inciden las agendas que los movimientos de mujeres, feministas, LGBTTTIQ+ en ese campo. Nos proponemos comprender, a partir de la confrontación de interpretaciones, estrategias que desarrollan diferentes agentes y que delinear prácticas y discursos en torno a los derechos en cuestión.

A lo largo del apartado recuperamos la palabra del personal entrevistado, para describir sus prácticas e identificar sus representaciones en torno a la potencia del *trabajo vivo* (Merhy Emerson, 1997). Esto es, los modos de producción de las prácticas vinculadas a la salud y los derechos sexuales y (no) reproductivos; su relación con las personas con que interactúan y las necesidades que abordan en los servicios de salud.

En este recorrido, además, se desarrolla la mirada de lxs profesionales sobre lxs sujetos, particularizando el lugar y las características atribuidas, especialmente a las mujeres CIS, varones, jóvenes y la comunidad LGBTTTIQ+. Identificamos a quienes se hacen visibles a medida que se les nombra y diseñan estrategias de atención, mientras que otrxs quedan invisibilizadx.

Por último, y en términos de agenda pendiente, dedicamos unos párrafos a lo no dicho, aquello que es demanda de las mujeres y diversidades organizadas, lo cual, tiende a explicar la visión restringida de los derechos sexuales y (no) reproductivos que prima en el primer nivel de atención de salud de la ciudad de Córdoba.

Prácticas y representaciones en el campo de salud pública

En el campo de la salud pública, altamente profesionalizado, los espacios de clausura social y ocupacional (González Leandri Ricardo, 1999, p. 20) son espacios de lucha y contienda entre distintas profesiones, cuyos grados de legitimación y poder son asimétricos. El personal de salud se convierte en agente estatal experto de un área específica referida a las políticas de salud, desarrollando un conjunto de prácticas culturales que suponen conocimientos sobre un cuerpo de problemas y profesiones dispuestas a realizar este trabajo. En este sentido, Magali Sarfatti Larson (1977) entiende la competencia entre profesiones como el reconocimiento de una esfera específica de la práctica, que denomina jurisdicción.

Para el caso de las prácticas profesionales cobra importancia, siguiendo a Cristina González (2001), el uso de *dispositivos de poder*:

Que están constituidos en el caso de las profesiones, por aquellos recursos económicos, culturales y sociales que se activan en la intervención profesional: los conocimientos, las relaciones formales e informales, los recursos económicos –tales como los subsidios– los recursos culturales institucionales (legales, administrativos, políticos, etc.), para mencionar sólo algunos (p.5).

El proceso de construcción socio-histórica del campo muestra a la profesión médica como hegemónica en los procesos salud-enfermedad-atención que, de manera corporativa, ocupa no sólo los espacios de ejecución de la política de salud, sino la toma de decisiones respecto al mismo. Estas reglas de juego no son rígidas ni estáticas, sino cambiantes según paradigmas teórico-políticos asociados a distintos momentos contextuales y a la aparición de nuevos actores dispuestos a jugar en ese campo. Tal es el caso de otras profesiones no médicas como enfermería, trabajo social y psicología, entre otras (Crosetto Rossana, Johnson Cecilia, 2016).

El concepto de *campo* referido a la salud, como mencionan Nelly Nucci y otras (2018), posibilita la comprensión del espacio de manera relacional. Lxs agentes e instituciones que

forman parte del mismo (obras sociales, hospitales, centros de salud, municipios, prestadores, profesionales, pacientes, etc.), desarrollan estrategias disputando sentidos, nominaciones, significaciones y prácticas de intervención según sus posiciones, imaginarios sociales, habitus y trayectorias en cada momento socio-histórico. El entramado de tensiones y conflictos por el poder (poder-saber, poder-hacer) configura relaciones asimétricas, no sólo en la relación agentes de salud y usuarixs de los servicios, sino también al interior del propio equipo de salud y entre éstos con las instancias superiores de toma de decisión y gestión.

Las intervenciones de lxs agentes estatales en el campo específico son configuradoras de *habitus institucionales*, como así también de *habitus* referidos a las trayectorias sociales, ideológicas y de sus propios campos profesionales²⁵. Como sostienen Pierre Bourdieu y Loïc 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 derecho a la salud y derecho humano. No obstante, estxs actores no sólo son productos sino también productores de sus prácticas y en el encuentro con otrxs (Merhy Emerson, 2006).

Lxs agentes de salud son artífices de sus propios procesos de trabajo. Desarrollan prácticas de salud regulares y concertadas (instituidas) pero también otras, como actos creativos que fabrican desde el deseo, el hacer y el pensar por dentro como por fuera de la institución dada, es decir, prácticas de salud relacionales y situadas en un territorio donde ocurren procesos de subjetivación que se expresan en la construcción de espacios de subjetividades comprometidas con la producción de ciertos sentidos compartidos (Franco Tulio y Merhy Emerson, 2017).

En este marco de análisis, los componentes de orden social, cultural y simbólico tienen que ser incorporados para comprender e intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención. La no inclusión de los determinantes sociales que inciden en estos procesos y los aspectos subjetivos (parte integrante de la vida social) repercuten en los procesos de producción de los servicios, amplía las desigualdades en el acceso a los mismos y perpetúa las falsas dicotomías individual-colectivo y biológico-social.

Lxs profesionales son agentes activxs que desarrollan intervenciones en una situación de relativa autonomía para la atención de la salud que, en mayor o menor medida, lxs coloca en la prestación de servicios en el seno de las políticas sociales en situación de elegir, aún cuando

²⁵ Para un mayor desarrollo del tema ver Rossana Crosetto y Cecilia Johnson (2016) *El campo de la salud y el Trabajo Social: disputas en torno al reconocimiento de los derechos sociales en la provincia de Córdoba*. Ob.Cit.

las mismas se encuentran condicionadas por situaciones sociales objetivas que van más allá de sus propias voluntades. En el caso de estas instituciones, se trata de orientaciones de política institucional, concepciones de salud, recursos económicos, organizativos, humanos/profesionales, etc. Sin embargo, es necesario no caer en miradas deterministas que clausuran las posibilidades de cambio y transformación en tanto se trata de luchas de poder, reconocimiento, carácter simbólico y político con resultados prácticos. El modo en que se establecen las posiciones y las relaciones entre ellas depende de la posibilidad de hegemonizar el campo y disponer de recursos de poder referidos a las profesiones, como conjunto de saberes especializados –racionales– el conocimiento y la acción, pero también desde sus percepciones, sentidos y significaciones.

Entendemos las prácticas como actos e intervenciones, maneras de hacer, producto de un “sentido práctico” y de una actitud para moverse, actuar y orientarse según la posición ocupada en el espacio social, la lógica del campo y las circunstancias, significados que remiten a la teoría de la acción social.

La *práctica*, para Pierre Bourdieu (2007), es el lugar de encuentro entre lo objetivo y lo subjetivo, de las estructuras y los habitus, en tanto interiorización de esquemas cognitivos y perceptivos conformados al interior del grupo social en el que los sujetos se encuentran. En tanto dinámicas, están en permanente cambio produciendo nuevas estructuras que alteran las precedentes, lo que con Cornelius Castoriadis (1989) se puede llamar *potencia instituyente*.

Para este autor, esa potencia surge de la propia interacción que no sólo reproduce el orden simbólico instituido o actualiza las reglas establecidas –al interior del cual encontramos concepciones, representaciones, paradigmas en disputa y un marco legal-institucional que establece las “reglas de juego”– sino que los crea como efecto de su propia dinámica en la medida que cada agente social, individual y colectivo, es capaz de imaginar, producir representaciones al margen de lo dado a los sentidos y desbordando cualquier determinación, incluida la estructural.

Para Michel De Certeau (2007) las prácticas cotidianas ponen en juego maneras de pensar y de hacer, dejan huellas y dan cuenta de la identidad como parte constitutiva de las prácticas. En tanto esquemas de operaciones y procedimientos técnicos, constituyen identidades individuales y grupales que le permite ocupar su sitio en el tejido de relaciones sociales de su entorno. En el campo de la salud pública, las prácticas podrían definirse como la forma en que se ejecuta una actividad en un espacio compuesto por un conjunto de políticas, normas, reglas, procedimientos, metodologías, habilidades y competencias del recurso humano y tecnológico. Estas permiten la ejecución de una determinada actividad, de acciones que organizan instituciones, discursos, lenguajes y espacios. Dan cuenta de conocimientos,

habilidades, sentires, pensamientos, búsquedas, maneras de hacer, mitos y prejuicios que desarrollan las personas sobre algo, actuando de manera entrelazada con las condiciones de vida, como parte de un mismo hecho y que hacen al desarrollo de un proceso que culmina en un producto o acontecimiento determinado. Las prácticas sociales explican la relación dialéctica entre lo social, el campo hecho cosa y el habitus hecho cuerpo, en términos bourdianos.

Las instituciones (el Estado, la sociedad, las religiones, las familias) están animadas y son portadoras de significaciones sociales instituidas del decir, hacer, pensar las sexualidades, los cuerpos, la prole y la anticoncepción. Están organizadas por prácticas y normativas que mayoritariamente intentan asegurar la reproducción y continuidad de la vida social. Entran en tensión y disputas con otros significados que critican, cuestionan esos modos de regulación e instituyen nuevos sentidos, interpretaciones, actos e intervenciones, en tanto prácticas o procedimientos de resistencia, emancipatorios (a veces silenciosos) en reserva.

El término representaciones es un componente dentro del concepto de habitus siguiendo a Bourdieu. Un acto de percepción y apreciación, de conocimiento y reconocimiento, en que lxs agentes invierten sus intereses y presupuestos en la medida que son constructoras de lo social. La propiedad simbólica de las representaciones puede utilizarse estratégicamente con fines materiales o simbólicos, siendo su intención final la imposición de una intención legítima del mundo social (Bourdieu y Wacquant, 2005). Varios autores (Pierre Bourdieu, 2007; Araya Umaña, 2002) aportan que este concepto unifica e integra lo individual y colectivo, lo simbólico y lo social, es decir, el pensamiento y la acción en un momento histórico determinado y de acuerdo a la posición ocupada dentro de la estructura social (trabajadorxs, portadorxs de poder y saber profesionales e intelectuales, entre otras).

Nuestro objetivo es poder comprender la manera en que se confrontan las interpretaciones, creencias, opiniones, prejuicios, ideologías, vivencias, valores que encarnan actores. Allí donde se ponen en juego recursos de poder, se estableciendo alianzas, suscitan conflictos y adoptan estrategias de acción individual y colectiva orientadas a promover las posiciones sustentadas. Éstos operan como sistemas de códigos, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, ya sea poniendo en juego las luchas por lo instituido, abroqueladas en el consenso asentado en el discurso y prácticas conservadoras como aquellas instituyentes, en tanto movimientos y procesos de emancipación social, como rupturas que tienden a repolitizar la salud sexual y reproductiva como derecho. En definitiva, las representaciones 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” (Araya Umaña, 2002, p. 11.).

La mirada de (sobre) lxs sujetos

Las miradas en relación a lxs sujetos para abordar *los derechos sexuales y (no) reproductivos*, está dada en relación a la *mujer cis*. Desde éstas, se trabaja y se responde a una demanda que podríamos caracterizar como espontánea en tanto se organiza a partir de la solicitud.

En las respuestas de algunxs integrantes de equipos de salud encontramos caracterizaciones desde un enfoque interseccional. Sin embargo, vale la pena preguntarnos si esto sólo muestran las opresiones que atraviesan las mujeres cis, constituyéndose en lecturas posibilitadoras a fin de garantizar y reparar derechos, o si, también, operan como camuflaje a la hora de pensar los fundamentos y trabajar en la (no) reproducción biológica y social de ese sector poblacional. En este sentido, Michel Foucault (1988) nos advierte respecto de las relaciones de poder que el dispositivo de la sexualidad construye, invadiendo el cuerpo, la vida y lo que permite su reproducción.

Las mujeres como reproductoras

Como lo venimos advirtiendo, la cobertura en relación a los derechos sexuales y (no) reproductivos se limita casi exclusivamente a la mujer cis. En las entrevistas se expresa que en general no se acercan varones cis ni tienen demandas de la población LGBTTTIQ+. Reforzamos la concepción de mujer en singular ya que subyace una homogeneización de esta categoría basada en la biología, asociándose a “la” mujer como sujeto acabado, un todo inmutable en el tiempo y el espacio, y ligado a las funciones reproductivas.

El 99% de las mujeres; desde 12 hasta 45 años. Un 25% de adolescentes, un 25% de jóvenes (consideradas hasta los 25/26 años) (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

En general se caracteriza y reconoce a la mujer cis reproduciendo el rol de cuidadora. En esa línea, Marcela Lagarde (2003) señala “la cultura patriarcal que construye el sincretismo de género fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en deber ser ahistórico natural de las mujeres y, por tanto, deseo propio” (p. 2), lo que es manifestado por integrantes del equipo de salud cuando expresan:

Las madres cuando vienen a hacerse el pap (...) vienen desde su propia identidad, pero después siempre vienen en calidad de madres. Esa es la verdad (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

El mandato hacia las mujeres de “ser para otrxs” continúa vigente en esta sociedad patriarcal, tal como lo refleja la siguiente cita:

La mujer viene siendo la cuidadora de la familia, o de un abuelito o del marido, porque vienen ellas a sacarles el turno y traerlo de los pelos porque algo le pasa, pero en general ellos no vienen. No ves mujeres enfermas y sí se enferman, pero no se ocupan de ellas. Se ocupan de todos los demás (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

El capitalismo patriarcal delega en las mujeres la responsabilidad de lo reproductivo. Las políticas públicas y gran parte de lxs agentes que las implementan reproducen ese mandato junto a los estereotipos de mujer blanca y heterosexual. Así, la no reproducción biológica se transforma en un deber de las mujeres y las relaciones sexuales se reducen a la función reproductora. En ese sentido “los aspectos culturales fuertemente cristalizados sirven de justificación para una jerarquía de los cuerpos que determina entre ellos relación de poder y a veces de opresión y de dominio” (Maffia Diana, 2009, p. 13).

El placer está ausente del análisis y de los abordajes, el cuerpo en general se concibe desde su dimensión anatómica como territorios que continúan siendo disputados para su control y disciplinamiento, no como historia inscripta.

¿Dónde están los varones?

Las prácticas recogidas durante el proceso de investigación, como ya mencionamos, son generalmente destinadas a las mujeres cis y, mayoritariamente, se plantea que los varones no se acercan a los centros de salud, pero tampoco se pudieron identificar acciones que impliquen captación de los mismos. Algunas reflexiones expresadas por integrantes de los equipos de salud son las siguientes:

Con los varones es complicado, pero es complicado que se cuiden ellos, entonces es complicado que ellos sean los que se protejan (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Hombres tenemos poco, tenemos un dispenser donde ponemos preservativos (...) y ellos sacan de ahí y llevan (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

El sistema patriarcal genera privilegios para varones en relación al cuerpo de las mujeres, evidenciado el poder en la familia y en el ámbito público en general. Asimismo, no podemos hablar de “el varón” sin proponer aquí también la interseccionalidad para comprender que ese varón heterosexual, blanco y exitoso, excluye a los de sectores populares. Sin embargo, aún en situación de exclusión estructural conservan privilegios tales como: menores intervenciones, disposiciones y normatizaciones a sus cuerpos. “Esa posición en el sistema de género, como sostiene Michael Kaufman (1997), genera una especie de extraña combinación de poder y privilegios, dolor y carencia de poder” (Padilla José, 2001, p. 311) y como plantea Gabriela Bard Wigdor se construyen “mandatos en los varones que también pueden ser dolorosos y generar opresiones” (2016, p. 7).

En las sexualidades de los varones cis, el placer aparece como una cuestión prioritaria ligada a las relaciones sexuales a diferencia de las mujeres que se reduce a lo reproductivo.

Son escasos los estudios en torno a masculinidades, derechos sexuales y (no) reproductivos. Podemos afirmar que el tema no está en la agenda de las políticas públicas, e incluso, que los movimientos surgidos pertenecen a sectores conservadores que apuntan contra el feminismo, demandando cuestiones que van en detrimento a los derechos de las mujeres.

¿Y qué hacemos cuando lxs usuarios son jóvenes?

En las entrevistas, la *adolescencia* surge como modo de denominación en general. Esta concepción la ubica como una población apática, carente y que adolece de algo que aún no tiene. En general las políticas que le son destinadas refuerzan esta mirada y, por lo tanto, son sujetos a controlar, formar y completar. Esta categoría se contrapone al de *juventudes* que proponemos, la cual entendemos, siguiendo a Pablo Vommaro (2015) como una “experiencia vital y categoría socio histórica definida en clave relacional, más que etaria o biológica” (p. 15), y en la cual “no existe un sujeto joven sino una multiplicidad de posibilidades de constitución, aparición y presentación de ese sujeto en el mundo social” (p. 18).

Las miradas y prácticas hacia jóvenes continúan siendo en relación a lo reproductivo: evitar embarazos adolescentes de mujeres cis.

A partir de los 13 de hecho tengo en el programa una nenita de 12 años y una de 13, que son muy chicas pero bueno (...) como yo les digo es preferible que vos te cuides y no que te embaraces cuando tu cuerpo está preparado pero tu cabeza no (...) Con preservativo y el anticonceptivo (Entrevista realizada a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Generalmente cuando vienen adolescentes y te piden para gineco (...) tratamos que entren, hay que agarrarlas, que entren en programa (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

En general podemos hablar de una heterogeneidad de respuestas en torno a “las jóvenes” y el acceso a métodos anticonceptivos (en adelante MAC). Encontramos algunos servicios tutelares que no tienen en cuenta la autonomía progresiva y otros, que trabajan en torno al derecho y su acceso. La perspectiva tutelar es reproducida por las familias de acuerdo a lo que les expresan a los equipos de salud. En palabras de lxs entrevistadxs:

Cuando es DIU viene la mamá y lo único que le pregunto es si ya hicieron la primera consulta, si ya habló todo; si te dice que sí le digo que se venga cuando esté menstruando (Entrevista a Empleado Administrativx, 2019).

La mayoría vienen acompañadas de una amiga, pocas veces vienen con la madre. Algunas madres las traen directamente a que se ponga algo, incluso quieren ver y constatar que se ponga algo y eso es porque tienen dudas o quieren asegurarse que la hija no va a quedarse embarazada. Nosotros en ese caso siempre respetamos al adolescente dejamos a la madre afuera (Profesional de Enfermería, 2019).

Por último, en algunos relatos se observa que no hay una apropiación del marco legal por parte de agentes de salud:

Creo que cambió la ley y es a partir de los 13. Antes era a los 16, me parece que ahora es hasta los 13. Hay que fijarse bien en la ley (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

A partir de los 16 creo que puede venir sola, la doctora las atiende, pero habla con la madre (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Destacamos la estrategia de participación de algunos equipos de salud en instituciones que posibilitan el acceso a la información y el abordaje los derechos sexuales y (no) reproductivos, desde el sujeto colectivo:

Hay algo que nosotros operamos como equipo, que tiene que ver con todo el trabajo que hacemos en las escuelas secundarias, que vuelve a través de las demandas de jóvenes, que no es la población que más accede (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2019).

Como se puede observar, la mirada adultocéntrica en relación a lxs jóvenes no ha permitido habilitar modos de atención específicos o al menos no estigmatizantes o patologizantes. Por otro lado, reproduce y refuerza los mandatos atribuidos a las mujeres en relación al cuidado de la salud sexual.

¿Qué pasa con la accesibilidad de los derechos de la población LGBTTTIQ+?

El sistema patriarcal heterosexual despliega un sistema de opresiones hacia las corporalidades. La normalización se construye como dispositivo de poder y control en relación a estándares de belleza, juventudes, modelos de cuerpos y modos de vivir esas diversidades. En dicho dispositivo encontramos también la biologización del cuerpo, los mandatos de ejercer nuestra sexualidad y construir la identidad desde un sistema binario.

Estos mecanismos impuestos son reforzados desde las miradas médicas hegemónicas y reproducidas por el sistema de salud, excluyendo e imposibilitando el acceso de manera simbólica y material a la salud de las disidencias sexo-genéricas. La mirada patologizante continua vigente para quienes vivencian de un modo no binario sus sexualidades, provocando exclusiones, odio y discriminación. Es importante recordar que en Argentina “el promedio de vida estimado de las mujeres trans y travestis es de 35-40 años, muy por debajo de la expectativa de vida de la población general, que en la Argentina es de 77 años” (Ministerio de la Nación, 2020). Estos preocupantes datos tendrían como explicación las exclusiones estructurales, las violencias institucionales y los determinantes sociales de salud, manifestadas en expresiones como:

Tenemos por ahí unos personajes que vienen a buscar y uno le entrega porque necesitan hormonas, por supuesto se las entregamos sin ningún problema, vienen a pedir preservativos, les damos las cajas de preservativos (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

He visto algunos pacientitos gay o tendencia a... que todavía no tienen definido su... He hablado, los mandé al equipo de salud mental para que tengan su acompañamiento porque es fulero. Viste como está de moda el salir del closet. Muchos no están definidos y hay algunos que son muy amanerados y vos los ves (...). De cambio de sexo y todo eso no, ha sido muy poco. He visto y bueno, los acompaño es difícil para ellos, sumado a que si vienen y hay uno o dos que te conocen entonces siguen (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Los cuerpos son descritos y concebidos desde lo anatómico-biológico sin que haya lugar a otras explicaciones y abordajes que den lugar a las diversas corporalidades y modos de percibirse. Desde el modelo médico hegemónico, no hay lugar a pensar el cuerpo como construcciones subjetivas o tramas de relaciones sexuales inscriptas en una historia ni lugar a las autopercepciones y las construcciones singulares.

Yo creo que hay una demanda, pero hay menos porque es una población menor cuantitativamente. Pero también creo que es la mirada (...) a mí una vez me pasó (...) habíamos hecho como 3 entrevistas y me hablaba de su pareja y yo supuse que su pareja era un varón y me dice mi pareja es una mujer, es una chica y yo ahí me sentí, dije cómo no voy a preguntar esto, creo que hay mucho digamos de representaciones nuestras (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

Si hay demanda los tenemos contaditos con los dedos, pero tenemos y son muy bien recibidos como cualquier otra persona, ahora el lesbianismo es más difícil detectarlo, en los varones sí se detecta porque son más afeminados (...) tenemos un par de ellos por lo menos yo detectados, pero tienen más confianza con las enfermeras (Entrevista a Empleadx Administrativx, 2019).

Surge de algunos relatos la necesidad de generar espacios de formación en identidad y orientación sexual. También de pensar y construir dispositivos de atención inclusivos, no heteronormados. En este sentido, se expresan afirmaciones como:

Por ahí nosotros condicionamos con la cara nomás, con la cara que ponemos (...) yo no creo que estemos pensando en esa clave todavía. Sigue siendo un poco lo binario hombre-mujer, no porque no lo sepa o no haya posición, sino que todavía no hemos terminado de trasladar, viste cuando es una mirada (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

Luego en medicina nos cuentan:

El trabajar acá y abrir un poquito la cabeza, la realidad me abrió la cabeza, eso fue bueno. Pero no todos son así. La doctora no lo aceptaría y otros doctores en otro centro de salud que estoy tampoco, somos más cerrados (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

La invisibilización (por parte de la normativa municipal) de las prácticas y representaciones de los equipos de salud, de las diversidades sexuales, de las interseccionalidades, que como opresiones se expresan y delimitan los cuerpos, se constituye en mecanismo de exclusión y discriminación.

Cuando un Estado aplica, ejecuta o perpetúa un estereotipo de género en sus leyes, políticas públicas o prácticas lo institucionaliza, dándole la fuerza y autoridad del derecho y la costumbre (...) Cuando un Estado legitima así un estereotipo de género, provee un marco legal para facilitar la perpetuación de la discriminación en el tiempo y a través de diferentes sectores de la vida y las experiencias sociales (Cook en Rebecca Bodelón, 2014, p. 141).

Lo que se invisibiliza parece no existir, lo estandarizado excluye la diversidad humana. El desafío es construir una atención desde procesos de desbiologización de los cuerpos, donde haya lugar a la diversidad humana y aportar a las resistencias de lo normatizado. Como se expresa desde el Ministerio de Salud de la Nación (2020):

El desafío para los equipos de salud es contribuir en la construcción de modelos de atención que contemplen e incluyan diversas subjetividades, y que puedan integrar el

trabajo de acompañamiento y fortalecimiento de la autonomía de las personas, propiciando la confianza y el respeto en lugar de la crítica y la exclusión. El proceso de atención debe orientarse desde un nuevo enfoque, basado en el reconocimiento y el cumplimiento de los derechos de todas las personas (Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias, p. 50).

Las personas que no demandan o siguiendo las voces de las entrevistas “no asisten”, son “lxs invisibilizadx”, como consecuencia de las creencias, concepciones, saberes y costumbres que construyen desde el primer nivel de salud, la oferta de atención y cuidados que se ofrecen.

Una agenda pendiente: las sexualidades como derecho humano

En el análisis de las representaciones de lxs agentes de salud expresadas en los discursos y prácticas, identificamos diferentes valoraciones, percepciones, creencias y estigmas ante diversas situaciones, necesidades y demandas en torno al acceso (material y simbólico) a la salud sexual y reproductiva en APS y sus posiciones ante las agendas que los movimientos feministas colocan en este campo.

En las prácticas de intervención subyacen diferentes sentidos que atraviesan los relatos e inciden en los mecanismos para efectivizar las mismas. Se ponen en juego las luchas por lo *instituido*, referidas a los discursos y prácticas conservadoras, patriarcales, heteronormativas; y lo *instituyente*, vinculadas a las disputas emergentes al interior de los centros de salud, que se constituyen al calor de los debates generados por los movimientos como la Campaña, los de la comunidad LGBTTTIQ+ y las políticas públicas implementadas durante estas décadas del tercer milenio.

Las reivindicaciones del feminismo y de disidencias sexo-genéricas así como políticas con enfoque de derechos, repolitizan las sexualidades, la reproducción y anticoncepción provocando disputas y tensiones entre profesiones y diferencias entre centros de salud de la misma dependencia municipal. Tal como lo enuncia Juan Marco Vaggione (2012):

El control de la sexualidad es un rasgo común de las sociedades que en muchas circunstancias genera desigualdades y exclusiones injustas. Si bien lo sexual, en general, se piensa como aquello que corresponde a lo íntimo, a un espacio privado donde el poder no penetra, es una de las esferas de la vida sobre la cual se despliegan diversos

discursos y técnicas de vigilancia y control. El pecado primero y el delito después, por ejemplo son regulaciones culturales que oprimen, pero también construyen lo sexual (p. 13).

El movimiento feminista, desde hace cuatro décadas, pone a la sexualidad como una dimensión de lo público y un derecho a ser reconocido por la sociedad, el Estado y las políticas públicas. Lo que parece predominar en algunos centros de salud, es más bien una mirada jerárquica y opresora sobre los cuerpos, especialmente de las mujeres (reproducción-anticoncepción), en disputa con otras intervenciones vinculadas a acompañar de manera informada decisiones y elecciones autónomas en relación a la sexualidad. Las tensiones entre lo individual y colectivo, lo social y lo biológico, reaparecen permanentemente en los asuntos vinculados a las sexualidades:

Yo creo que la sexualidad es como un gran tema porque involucra al placer y siento que todavía nos falta años luz para pensarlo como una dimensión más allá de lo reproductivo, pero no sólo eso sino en esto pensar al placer (...) con visión de género o la diversidad. Es como un gran capítulo y siento que (...) los psicólogos y los trabajadores sociales tenemos un campo para andar, creo que ahí aportamos mucho (...) Para mí la salud conserva mucho de moralismo (...) creo que hay que ampliar mucho todavía desde la salud pública (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

Las sexualidades ligadas al placer, el deseo, el goce del propio cuerpo, en los discursos de muchxs profesionales, se colocan en el terreno de lo personal, íntimo y como asunto privado. Las miradas se basan en autoreferencias de vida, se naturalizan, priman valores y vivencias personales, siendo escaso o nulo su abordaje en el espacio de la consulta individual y despolitizándolas como derecho sexual:

La sexualidad poco (se habla) porque son mujeres que no se lo plantean, porque lo ven como que viene de la vida, no tienen como un vínculo sexual. Entonces no lo tienen percibido como algo que lo programan y que viene del deseo ni que nada, menstruas, tenés relaciones sexuales para que tu marido no te pegue o tenés los 5 chicos en la habitación, es como que no lo tienen como pensado ellas (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

La manera de nombrar la sexualidad en los vínculos y relaciones de las personas en el ámbito de la APS, es mediada por el reconocimiento de relaciones de violencia de género por las que transcurre la vida de muchas mujeres en su cotidianidad (pobreza, hacinamiento, malos tratos, etc.). Sin embargo, no se recuperan, desde las propias reflexiones de lxs profesionales, ni en sus abordajes, otros tipos de violencias como la de libertad reproductiva y sexual, que obtura la toma de decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia tal lo explicita la Ley Nacional 25.673. Esto denota una brecha entre ésta y las prácticas de intervención que se desarrollan desde estas concepciones.

Desde esa mirada hegemónica, patriarcal y heteronormativa, el cuerpo como destino biológico y las decisiones de las personas con capacidad de gestar, se convierten en objeto de apropiación social sometido a criterios morales, prácticas y discursos institucionales y profesionales, control religioso, entre tantos otros.

El derecho aparece unilateralmente desde nosotros los profesionales (...) me parece que hay bastante que caminar para que la mujer entienda que tiene que tener hijos si se le da la gana tenerlos digamos (...) No surge espontáneamente, en el sentido que no lo verbalizan de ese modo aunque (...) me parece que hay una pequeña diferencia a años atrás donde te miraban como diciendo cómo no voy a tener hijos si soy mujer, me parece que hay más permeabilidad en eso (...) la impronta que tiene la aprobación de nuevas leyes es tremendo, me parece eso sumamente trascendente (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Las mujeres (muchas de ellas migrantes, pobres y jóvenes) son tuteladas en sus decisiones con poco margen de ejercicio de su autonomía para decidir sobre sus cuerpos. Aparecen bajo esta lógica como *buenas* o *malas* pacientes.

En la agenda se prioriza la reproducción y el derecho a la anticoncepción como una acción referida a la prevención de embarazos no deseados. En los discursos refieren que la población consultante no plantean dudas o intereses como demanda en torno a la sexualidad, acuden al centro de salud en sintonía con el paradigma hegemónico de salud, legitimándolo para prevenir riesgos por infecciones de transmisión sexual, embarazos precoces y no deseados. Lo instituido y las subjetividades se fueron construyendo socio-históricamente en esa sintonía. Estas son cuestiones que no encuadran en el registro de los derechos sexuales y por ello la necesidad de deconstruir esos mandatos sociales y culturales con intervenciones profesionales que aborden la problemática desde la interseccionalidad y el enfoque de derechos. Nos dicen:

A mí me es más fácil encarar más desde la anticoncepción, como para ver si surge algo, si se cuidan, si están en pareja. Pero no es lo más común que consulten sobre otros temas (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Desde estas percepciones, los abordajes en torno a la anticoncepción disociada del placer y la libertad sexual, trasladan la responsabilidad a la demanda de lxs sujetos especialmente a las mujeres – aunque van apareciendo otros relatos que interpelan sus propias prácticas y visibilizan concepciones vinculadas al acceso a derechos:

Cómo alguien puede planificar y decidir sobre qué, o sea cómo planifico mi vida y la cantidad de hijos que quiero tener o si quiero o no tener hijos, no lo puedo hacer, veo que es parte de mi salud y de mis derechos a la salud y no lo puedo tener creo que hay que trabajarlo para que se pueda lograr (...) deberíamos garantizar ese derecho (...) y si bien existen esas posibilidades en otros estratos sociales, ¿por qué no puede existir en este nivel de atención en la salud pública? Que también estamos llegando medio con dificultad (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

La atención/demanda de otras identidades sexo-genéricas no llegan (no se les reconoce) a los centros de salud. Lxs agentes de salud aluden esta ausencia a “temores” y “discriminaciones” relacionadas a la proximidad barrial. Las identidades disidentes, trans, travestis, lesbianas y gays, están estigmatizadas –estereotipos y prejuicios– en los territorios donde habitan, se construyen en contextos y circunstancias, al decir de Juan Marco Vaggione (2012).

En Argentina, se observan normativas muy progresistas como la de Matrimonio Igualitario y la de Identidad de Género, que aseguran procesos de hormonización gratuitos, pero aún en los centros de salud de atención primaria, la mirada se centra en una suerte de “heterosexualidad compulsiva” en la medida que “la sexualidad se caracteriza por imponer diferentes fronteras, que distinguen lo bueno y lo malo, lo normal y lo patológico” (p. 20).

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, trans, travesti), también en el acceso a la atención y a los recursos en salud, acrecentando las brechas de desigualdad en el espacio local, que son escasamente visibilizados.

En el caso de las infancias y juventudes, existen algunas prácticas instituyentes vinculadas a la promoción y prevención de salud integral, desde el enfoque de derechos y la

interseccionalidad que desde el dispositivo de la educación sexual integral (en adelante ESI) intentan avanzar en torno al acceso a los derechos sexuales.

Por el trabajo que venimos haciendo y por el vínculo que vamos teniendo no sé si tiene que ver con el paso del tiempo, hay como un cambio en relación a eso (...) yo conozco a los niños desde que tienen 6 años y tienen conmigo un vínculo con confianza cuando llegan a los 12 de 13 (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

En cambio, otros relatos permiten reconocer la continuidad de prácticas individuales y hegemónicas, independientemente del grupo etario con el que interactúan, aunque consideren avances en términos de prevención y cuidados:

Con jóvenes es muy diferente, nosotros insistimos siempre en el uso del preservativo por cuestión de las infecciones de transmisión sexual, más allá de los embarazos en sí; y después también por la practicidad, que no conocen mucho. Hablamos sobre el inyectable, como es una vez al mes, los chicos se olvidan, hay gente que es muy proactiva con el DIU y después con el CHIP. La oferta nuestra es escasa, por ejemplo, ahora hace 6 meses que no tenemos ni uno (...) no nos están enviando (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019).

Estos posicionamientos muestran, por un lado, las heterogeneidades en los argumentos y percepciones que se expresan en las prácticas y modos de abordaje en referencia a las sexualidades y, por el otro, la autonomía en el trabajo profesional, en la provisión de servicios de salud que exceden en muchos casos los lineamientos de programas y normativas con enfoque de derechos. A ello contribuyen, entre otras cuestiones, que los espacios colectivos de construcción de la agenda de salud sexual 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. En cambio, quienes se alejan de la imposición de la función reproductiva y de los cuerpos como destinos biológicos, desarrollan procesos emancipadores buscando intersticios que promuevan desde el enfoque de derechos, autonomías y construcción de ciudadanías activas a partir de la libertad de decidir y elegir recuperando sus saberes, necesidades e intereses. Proporcionan información clara, oportuna y acompañando procesos vinculados a sus trayectorias de vida y en espacios comunitarios-territoriales de pertenencia, asumen una posición crítica frente al accionar del Estado y sus garantías en la provisión de prestaciones vinculadas a derechos:

Más allá de lo biologicista, fueron las miradas, las orientaciones, digamos los paradigmas, esto de la cuestión de género, feminismo, de sacar la mirada de la salud sexual y reproductiva del patriarcado digamos. Ya justamente cuando la nombramos ya estamos hablando desde el patriarcado “salud sexual y reproductiva” como si sólo fuéramos reproductoras o reproductores. Entonces, desde ahí cuestionándome, también desde Nación con todo el tema de la ESI (Entrevista a profesional de Enfermería, 2019).

Me parece fundamental porque es un derecho y creo que para que realmente sea un derecho nosotros tenemos que trabajar para que estén disponibles, somos parte del estado y tenemos que hacer el esfuerzo para que esos métodos que no están llegando, se hable con quién sea para que sigan bajando, más allá que desde acá tenemos que sacar lo que nos toca a nosotros, barreras que podamos llegar a tener, horarios y demás... Pero si yo trabajo sobre eso, sobre barreras que nosotros podemos llegar a tener en el centro de salud, pero no tengo los métodos no me sirve de nada (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Cierre

Los cuerpos de las mujeres y disidencias sexo-genéricas se convierten en territorios de disputa. A lo largo de la historia continúan siendo objeto de políticas públicas e instituciones que coartan la libertad de decidir sobre los mismos, ocupando un lugar subalterno de dominio y opresión en el ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos, en relación a los varones heterosexuales.

En los últimos años, desde los movimientos de mujeres y la diversidad sexual, se ha criticado las limitaciones en los enfoques y modos de abordar la/s sexualidad/es desde las perspectivas teóricas dominantes, vinculadas a una dimensión biologicista, otorgándole el estatus de capital simbólico intocable e inmutable. Para contribuir a una comprensión de mayor alcance de las problemáticas en juego, se requiere poder incluir una mirada compleja, interseccional y situada que pueda conjugar los aportes de las diferentes perspectivas de análisis de las Ciencias Sociales y Humanas.

En ese sentido, podríamos decir que, el acceso y ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos, implica mucho más que la obtención de MAC e información. Tiene que ver

con dismantelar los patrones que históricamente han regido nuestra sexualidad y nuestra conducta sexual, con la deconstrucción de estructuras patriarcales arraigadas inconscientemente y presentadas como elecciones libres o conductas “naturales y normales”. Es decir, conlleva la ampliación de opciones, elecciones y posibilidades en relación a la ciudadanía sexual.

En nuestro estudio, lxs agentes de salud se posicionan como intermediarixs entre la política de salud/Estado y lxs sujetos en relación a los derechos con tensiones y disputas. Hay quienes están más apegadx a lo normativo, a sus valores y creencias; las leyes le sirven de paraguas para justificar ciertas intervenciones que no se traducen en la efectivización del derecho para la población usuaria de los servicios de salud pública municipal. Otrxs, por el contrario, entienden que las mismas habilitan intervenciones más emancipatorias, aunque el contexto institucional condiciona en parte posibilidades y estrategias, en términos especialmente de acceso económico-presupuestario (insumos, personal). Imaginarios e intervenciones que en definitiva condice también con la mirada y el lugar que se le asigna a las mujeres y otras identidades sexuales, como sujetos de derechos o tutelados en las relaciones e intercambios de intervención.

En este marco se identifican profundas disputas entre las diversas profesiones y funciones que componen los equipos de salud, definidas tanto por sus formaciones y trayectorias como por los perfiles que cada una define. Éstos pugnan por imponer como hegemónicas sus interpretaciones y prioridades en el campo de la salud sexual y (no) reproductiva, siendo la profesión médica determinante por el capital simbólico que porta y por ser significativamente mayor la cantidad de sus agentes. Otras, que aparecen como subalternas, sostienen miradas que permiten establecer relaciones menos asimétricas y colocan a lxs sujetos como titulares de derechos lo cual permitiría recuperar su palabra, necesidades y deseos.

En definitiva, es necesario recuperar cada palabra, cada representación que tienen lxs actores sobre la salud sexual y (no) reproductiva, en la medida que son claves para que en conjunto se pueda lograr la posibilidad del ejercicio y reconocimiento de los derechos sociales, culturales, políticos. También el fortalecimiento de los vínculos sociales y el protagonismo de lxs sujetos, aportando a la consolidación de la autonomía y a la construcción de una identidad, libre de prejuicios, imposiciones sociales y culturales, tanto en relación al desarrollo de su sexualidad y su cuerpo, como de las relaciones y vínculos que se construyen.

Referencias

- Araya Umaña, Sandra. (2002). *Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. Cuadernos de Ciencias Sociales Nº 127. Costa Rica: FLACSO.
- Bard Wigdor, Gabriela. (2016). Aferrarse o soltar privilegios de género: sobre las masculinidades hegemónicas y disidentes. *Revista Península, volumen XI*, 121-122.
- Bodelón Rebecca, Encarna. (2014). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de la Cátedra Francisco Suarez*, 48, 131-155.
<http://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/2783/2900>
- Bourdieu, Pierre. (2000). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica, 1º reimpresión.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic J. D. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Ed.
- Bourdieu, Pierre. (2007). *Estructuras, habitus, prácticas en el sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Ed.
- Castoriadis, Cornelius. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad (Vol. 2.) El imaginario social y la institución*. Barcelona: Tusquets.
- Crosetto, Rossana; 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 Carlos La Serna (Ed.). *Estado, política pública y acción colectiva: praxis emergentes y debates necesarios en la construcción de la democracia*. E- Book, PDF Archivo Digital. Editorial Universidad Nacional de Córdoba. Ciudad Córdoba <https://docplayer.es/84655811-1-politica-social-2-estado-3-neoliberalismo-i-la-serna-carlos-ii-la-serna-carlos-comp-iii-la-serna-carlos-ed-cdd-320.html> [Fecha de consulta: 23/07/2020].
- De Certeau, Michel. (2007). *La invención de lo cotidiano. Artes de hacer*. México: Universidad iberoamericana. Oak editorial SA de CV.
- Emerson, Merhy. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. En E. E. Merhy, y R. Onocko (Eds.), *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, Emerson Elias; Macruz Feuerwerker, Laura Camargo; Burg Ceccim, Ricardo. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 147-160. Universidad Nacional de Lanús.
- Franco, Tulio y Merhy, Emerson. (2017). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Lugar Editorial. Colección Salud Colectiva.

Foucault, Michel. (1988). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

González, Cristina. (2001). *La intervención en el Abordaje Familiar*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba. Mimeo.

González Leandri, Ricardo. (1999). *Las profesiones entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Editorial Catriel.

Lagarde, Marcela. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En Sare, *Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado*. Ciudad de México: Emakunde.

Maffia, Diana. (2009). Cuerpos, fronteras, muros y patrullas. *Revista Científica de UCES*.

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Nucci, Nelly; Crosetto, Rossana; Bilavcik, Claudia y Miani, Ana. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *Conciencia Social, Vol. 1 Nro 2*, 10-28. Revista digital de Trabajo Social, Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, UNC. [Fecha de consulta: 23/07/2020]. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>

Pasarín, María Isabel; Forcada, Carme; Montaner, Isabel; De Peray, Josep Lluís; Golfín, Jaime. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 24, 23-27.

Ramos Padilla, Miguel A. (2001). *Salud mental y violencia estructural en varones de sectores urba-nos pobres*. [Ponencia preparada para la Mesa sobre “Salud Mental y Violencia Estructural” del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud]. Lima. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Angel-Ramos-Padilla-2/publication/344844309_Salud_mental_y_violencia_estructural_en_varones_de_sectores_urbanos_pobres/links/5f9309b892851c14bcd3de7/Salud-mental-y-violencia-estructural-en-varones-de-sectores-urbanos-pobres.pdf

Rovere, Mario. (1999). *Red en salud; un nuevo paradigma de las organizaciones y la comunidad*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Vaggione, Juan Marco. (2012). La cultura de la vida. Desplazamientos estratégicos del activismo religioso conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos. *Religião e Sociedade*, 32(2), 57-80. Rio de Janeiro. Ver en <https://programadssr.files.wordpress.com/2013/05/la-cultura-de-la-vida-desplazamientos-estrategicos-del-activismo-religioso-conservador-frente-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos.pdf> consultado el 13/12/2021

Vommaro, Pablo. (2015). *Juventudes y políticas en la Argentina y en América Latina: tendencias, conflictos y desafíos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.

Sarfatti Larson, Magali. (1977). Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:20d33abb-a96e-49c3-8f9a-abc4b25347c0/re199007-pdf.pdf>

Capítulo 6

El Derecho al Aborto: garantías de acceso y acompañamiento

Rossana Crosetto - María Teresa Bosio - Ana Morillo

Introducción

En la investigación realizada entre 2018 y 2021, el tema del aborto se incorpora como dimensión dentro de los derechos sexuales y (no) reproductivos para captar prácticas y discursos: creencias, percepciones e interpelaciones en torno al mismo desde las voces de agentes de salud entrevistados. Si bien los testimonios no tienen fuerza generalizable, arrojan pistas para comprender la dinámica y discusiones/tensiones en los equipos de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) analizados, en la medida que no fueron ajenos a los procesos público societales y políticos, ni a las institucionalidades que se fueron y continúan generando.

Situamos al contexto de análisis durante el debate parlamentario de fines de 2018 hasta la sanción de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE) con plena vigencia en todo el sistema de salud Nacional, que legitimó el acceso al aborto como asunto de salud pública y como derecho para las mujeres y personas gestantes. La ley se aprueba en el marco de la pandemia Covid 19. En un contexto sanitario de emergencia complejo, donde la prioridad estaba centrada en el control de la circulación del virus. Sin embargo, sabemos que las necesidades de acceso a la salud de la población, sobre todo la más vulnerable, eran diversas: desde los controles de embarazos, atención a las infancias, enfermedades crónicas, salud mental, salud sexual y no reproductiva, entre otras.

La genealogía del acompañamiento de abortos legales en el sistema de salud municipal

El reclamo por la legalización del aborto en Argentina surge y se consolida en el seno de los Encuentros Nacionales de Mujeres (en adelante ENM) realizados desde el año 1986 en los comienzos de la apertura democrática en Argentina. En el 2003, durante el 18° ENM, se creó una Asamblea por el Derecho al Aborto en donde participaron mujeres de diversas

organizaciones sociales (piqueteras, profesionales, grupos LGBTTTIQ+, estudiantes, etc.). En el 2004, se realiza en Buenos Aires el Encuentro Nacional sobre las Estrategias para lograr el Aborto Legal, en el cual se debate sobre la necesidad de una ley que permitiera el acceso a la interrupción legal del embarazo (en adelante ILE) y se plantean estrategias para lograrlo. En 2005, en el 31° ENM realizado en Rosario, se constituye la Campaña por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito (en adelante la Campaña), con el pañuelo verde como sello de identidad, convirtiéndose en el momento fundacional.

La Campaña se conforma en un espacio movimientista plural y abierto. La diversidad de organizaciones que la componen –partidos políticos, sindicatos, espacios académicos, organizaciones sociales, colegios profesionales, redes de comunicadoras, entre otras– muestra su potencia en los diversos espacios de debate públicos, asambleas autoconvocadas, medios y redes de comunicación. En el transcurrir de esa construcción, surge con fuerza, frente al aumento de los feminicidios en el año 2015, la convocatoria del “Ni una Menos”, que genera potencia y suma la consigna: “Ni una Menos por Abortos Clandestinos”. Estos dos movimientos confluyen y articulan una agenda de reivindicaciones con acciones callejeras y agendas políticas que dan volumen y visibilidad ante la sociedad.

Este movimiento transversal e intenso, cuestiona el mandato heteropatriarcal que se impone sobre las mujeres acerca de la maternidad obligatoria y va ganando en sinergia a partir de la conformación de diversas redes como la de Socorristas, Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, Docentes y Cátedras de Aborto. Las mismas, desde distintas posiciones, confluyen en visibilizar la problemática y demandar soluciones. El lema que se construye para la Campaña: “Educación para decidir, Anticonceptivos para no abortar y Aborto Legal para no morir”, interpela a agentes de salud sintiendo que tienen “que ser parte de la solución y no del problema” frente a numerosas situaciones que se les presentaban en el accionar cotidiano, como la llegada tardía de las mujeres al sistema de salud, muriendo o quedando con lesiones de por vida. Desde entonces, ponen el acento en la importancia de los derechos sexuales y reproductivos, demandando políticas que aborden la sexualidad de manera integral, a la par que participan en espacios de capacitación que dan inicio al debate por el derecho a la salud sexual y el aborto entre algunos efectores de salud y dentro de los equipos.

Les profesionales entrevistades²⁶ dan cuenta de este proceso político que genera la Campaña y las estrategias de organizaciones que la integran, referidas a la capacitación articulada con la gestión de la Dirección de Atención Primaria de Salud (en adelante DAPS):

²⁶ Por resguardos éticos vinculados a consentimiento informado, anonimato y tratamiento de datos sensibles las voces entrevistadas se identifican por disciplina u oficio y año de realización.

Yo creo que hubo momentos importantes en nuestra repartición en DAPS, que tuvo que ver sobre todo en el tema de las capacitaciones. Allá por el año 2009, tuvimos la primera capacitación que fue organizada de manera conjunta, Católicas por el Derecho a Decidir con la Municipalidad de Córdoba (...) fue un hito histórico importantísimo en DAPS, porque empezamos a repensar cosas desde las diferentes disciplinas, porque eran capacitaciones interdisciplinarias. Luego tuvimos una capacitación con gente de la Organización Panamericana de la Salud que también fue otro hecho importante, creo que eso fue en el año 2012, porque después vinieron más capacitaciones. Y ahí ya se fueron tejiendo redes y lazos con personas importantes en otros espacios que no eran de DAPS y que nos fueron abriendo las puertas para poder realizar otro tipo de articulaciones (Entrevista a profesional de Psicología, 2019)

La capacitación con organizaciones como Iniciativas Sanitarias de Uruguay²⁷, promovidos desde Católicas por el Derecho a Decidir y articulados con profesionales de salud de la municipalidad, en esos primeros tiempos, les permitió acompañar a las mujeres en la estrategia de reducción de daño haciendo consejerías pre y post aborto en los servicios. Sandra Fernández Vazques (2018) contextualiza estos avances para atender la demanda de Abortos Legales, en el marco del Fallo F.A.L.:

La segunda década del siglo XXI, que comenzó con el Fallo F.A.L., se ha caracterizado por una mayor accesibilidad a los abortos legales. Además del pronunciamiento de la CSJN en 2012, otros factores han contribuido a esta mayor accesibilidad, a saber: 1) la disponibilidad de misoprostol en Argentina (y en general, en América Latina), así como un mayor conocimiento sobre su uso abortivo; 2) la introducción en el ámbito de los servicios de salud pública de iniciativas encaminadas a garantizar el acceso a los abortos seguros bajo el paradigma de la reducción de riesgos y daños, en el caso de Argentina, las consejerías pre y post aborto; 3) la mayor organización de los/las profesionales de la salud que garantizan el acceso a este derecho; y 4) la publicación en 2015 del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo por parte del Ministerio de Salud de la Nación, que además de retomar el

²⁷ Iniciativas Sanitarias es una Asociación Civil Uruguaya que aborda la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas en el ámbito social y clínico, con una perspectiva sanitaria que incluye la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo, la difusión de métodos de anticoncepción segura, de calidad y disponibles universalmente, la prevención de la violencia sexual y doméstica, y la difusión de los derechos sexuales y reproductivos en el embarazo y el parto. Antes que el aborto fuera legal en Uruguay, esta organización acompañada y daba información para el uso del Misoprostol en mujeres que decidían interrumpir sus embarazos. Ver sitio <https://www.iniciativas.org.uy/quienes-somos>

concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), definida por el principio de integralidad y no como ausencia de enfermedad, propone un giro semántico al reconceptualizar los abortos no punibles (ANP) como interrupciones legales del embarazo (ILE) (Fernández Vazques Sandra , 2018, p. 2).

Este contexto político, social y sanitario moviliza a los equipos de salud en el abordaje de la cuestión como un eje significativo de sus prácticas referidas a la salud sexual en la APS, tal como lo señala una entrevistada:

Yo empecé a ver que era mejor poder acompañar, poder advertir sobre cuál es la mejor forma de realizar un aborto a la persona que estaba en esa situación. Entonces en base a eso empecé a preguntar y a decirle a la gente que ese era el método más seguro de hacer. Eso ya hace varios años (...) pueden ser siete, ocho años máximo (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019)

Así, con el impulso del Fallo F.A.L. y las garantías legales para la atención de los abortos en el ámbito de la salud, se conforma la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir (en adelante la Red), que logra su visibilidad en el año 2018, momento coincidente con el primer debate en el Congreso de la Nación y la media sanción en Cámara de Diputados.

La conformación de la Red, constituye un momento significativo en el sector de la salud como mecanismo para construir articulaciones en el abordaje de la problemática del aborto en los territorios. También para agruparse y acompañarse ante el embate de las organizaciones conservadoras anti derechos²⁸ y la mirada estigmatizadora hegemónica acerca de la ilegalidad del aborto.

Raquel Drovetta (2018) realiza una investigación cualitativa para dar cuenta de cómo les profesionales de la salud se organizan y forman la Red en el año 2014, destacando “la presencia de un número importante de médicas y médicos generalistas, cuya formación como especialistas en salud comunitaria define su desempeño laboral en el primer nivel de atención a la salud” (p. 17).

Esta articulación y entramado es una estrategia que la Campaña apoya y contiene para lograr el acceso a la ILE en el marco de una concepción amplia acerca del concepto de salud:

²⁸ Cabe citar aquí la estrategia litigante obstaculizadora que asume el Portal de Belén contra la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en el 2002 y luego contra el Protocolo de Aborto No Punible en Córdoba en el año 2012

Los trabajadores de la salud que se muestran sensibles a la problemática frecuentemente son denominados como “profesionales amigables”, un término no libre de discusión, con el que se describe a quienes atienden a las demandas y necesidades de una persona en situación de aborto, sin emitir juicios de valor ni obstaculizar la entrega de información completa y basada en evidencias (Drovetta Raquel, 2018, p. 22).

La Red promueve espacios de formación, capacitación, intercambio y construcción de argumentos y prácticas para que las mujeres puedan acceder al sistema de salud sin miedo a ser estigmatizadas y maltratadas. Asegura confidencialidad, respeto y marcos normativos de la Ley 26.485 contra la violencia hacia las mujeres, haciendo foco en la violencia institucional, obstétrica y reproductiva y en la Ley de Derechos del Paciente 26.529. Caracterizar el acceso al aborto como derecho y, por ende, su atención como una práctica “normal” dentro del campo de la salud reproductiva, es el objetivo de la RED. En palabras de Raquel Drovetta (2018):

¿Pero quién crea la normalidad? Crear sentido de normalidad es posiblemente uno de los mayores desafíos de la Red, que ha logrado que se instale entre sus integrantes la sensación de que “hay otros como yo”. Encontrar una comunidad profesional que “normalice” su trabajo, genera el efecto que se describe como aquel capaz de mitigar la vulnerabilidad al estigma (p. 26).

Siguiendo los aportes de María Crojtheovic (2012), es interesante poder sumar un eje de análisis vinculados a la relativa autonomía profesional dentro del sistema de salud en vistas a disputar sentidos y prácticas instituidas, vinculadas al aspecto informal de las organizaciones públicas:

Quienes realizan la acción enfrentan el orden establecido al tomar la decisión de llevarla a cabo y van más allá de aquello que dicta la norma oficial, contribuyendo a no fracturar la cadena de responsabilidades. Se considera que en este tipo de iniciativas subyace cierta capacidad reflexiva en el sujeto, aunque no generen un cambio en las estructuras sociales vigentes. Dicha acción es el resultado del malestar del sujeto con la situación conflictiva; es capaz de cuestionarla y de actuar para mejorarla, pero debido a que esta acción se encuentra mediada por procesos complejos, no logra romper el viejo orden (p. 8).

Estas acciones, articulaciones y disputas se observan en los relatos de agentes de salud del sistema público municipal de la ciudad de Córdoba como relevantes en los procesos de acompañamiento a las mujeres que necesitan y deciden interrumpir sus embarazos.

El debate parlamentario y las miradas de los equipos de salud

En el año 2018, el Proyecto de la Campaña es abordado en el Congreso Nacional, acompañado por la intensa movilización en las calles (pañuelazos, festivales)²⁹, sumado a la puesta en agenda por parte de los medios masivos de comunicación, la presencia de la temática y debates que se fueron realizando en universidades, escuelas, hospitales e instituciones judiciales. Estas acciones permitieron que el aborto y la sexualidad “salgan del closet” y sean eje de discusión en diversos espacios, sectores de clase y entre generaciones. Son las estrategias desarrolladas por el movimiento feminista, de mujeres y disidencias, para despenalizar socialmente la práctica, sacándola de la clandestinidad en el marco de un debate público y político, aún con las resistencias y deslegitimaciones que intentan obturar los mismos desde las fuerzas conservadoras.

En Córdoba, durante el año 2019 (periodo de estudio), un aspecto contextual a tener en cuenta es la vigencia de la cautelar sobre una de las causales legales de aborto: la de violación. Esta judicialización del Protocolo Provincial de Aborto No Punible, impactó fuertemente en el imaginario y se instaló entre los equipos de salud la idea de que el protocolo está judicializado y por ende no se pueden hacer abortos legales. En septiembre de 2019, el Tribunal Superior de Justicia de Córdoba dicta su fallo poniendo en vigencia el protocolo provincial; cuestiones no menores a la hora de pensar en las formas en que los contextos institucionales condicionan, determinan y atraviesan las discusiones y prácticas de agentes estatales de salud, con mayores grados (o no) de autonomías, generando condiciones de posibilidad o restringiendo las mismas. Tal como expresa Maria Crojtehoivic (2012):

Este tipo de acciones implica una toma de posición y una decisión del sujeto, pero a la vez, dependiendo de su habitus en relación con las mediaciones complejas que presenta el ambiente, implican que ejercerá su capacidad reflexiva de forma tal que sus acciones produzcan un quiebre con el orden establecido. Se trata de miembros de la organización

²⁹ La presencia masiva de jóvenes que se suman a la demanda histórica de mujeres y disidencias, habitan las calles, los territorios, conformando lo que se ha dado en llamar “la revolución de las hijas”. Les jóvenes que crecieron ganando derechos durante las primeras décadas del tercer milenio, incorporaron las enseñanzas y experiencia de las feministas históricas que, por primera vez, sintieron en sus cuerpos el peso institucional del patriarcado y el rol de las iglesias evangélicas, católica.

que, a partir de su creatividad y experiencia, erigen nuevos proyectos orientados a solucionar problemas estructurales. En general, estos sujetos además tienen cierta capacidad de liderazgo que les permite vincularse con su grupo de trabajo, o bien contactar a las autoridades hospitalarias, para lograr el apoyo necesario que les permita materializar dicha iniciativa (p. 10).

Las reflexiones de la autora se reflejan claramente en varias narrativas de las personas entrevistadas, que a modo ejemplificador citamos:

No soy parte de la red activamente, porque no me da el tiempo, pero si re adherente. Es una alegría, saber que existe la posibilidad de que nos vinculemos de esa manera y que nosotras como trabajadoras no tengamos un lugar tan pasivo (...) no soy una simple empleada (...) es un lugar de más rebeldía, de más acción, de más nosotras poder incidir. Es de mucha alegría, es de encuentro, de saber que hay una compañera que está cerca, si en tu centro de salud la cosa no está tan fácil entonces vas a tener con quien charlar siempre va a haber una posibilidad de que eso sea resuelto, no te vas a ver vos sola cargando con todo (Entrevista a profesional de Psicología, 2021).

El debate del aborto y la Marea Verde repercute simbólica y materialmente en los equipos de APS municipal generando un movimiento instituyente, que fortalece y expresa de modo colectivo en la Red con capacidad de debate, reflexión y acción para impulsar el acceso a la práctica del aborto legal. Tal como señalan "...el año 18 creo que fue el quiebre de decir bueno esto es algo que se puede hacer..." (Entrevista profesional de Medicina Generalista, 2021), lo que implicó reflexiones e interpelaciones en torno a sus propias miradas:

A nosotros hacernos cambiar (...) porque nos vamos planteando, me ha tocado transitar todos estos años con compañeras y nos acordamos como antes te venían a decir estoy embarazada. Ay, te felicito, digo. Todas nos tuvimos que deconstruir, por ejemplo, una compañera cuenta que les hacía jurar que no se iban a hacer nada (...) y te puedo decir que hoy esa colega (...) siempre lo garantiza de una forma muy activa. Entonces todos nos hemos ido deconstruyendo con los años y aprendiendo gracias a esta marea verde por supuesto (Entrevista a profesional de Psicología, 2021).

Las repercusiones públicas sobre el tema nos permiten identificar al menos tres posiciones en los discursos de agentes de salud entrevistados respecto al aborto en este período:

i) Aborto como práctica ilegal: apelan a que el protocolo está bajo amparo³⁰ o tienen una percepción negativa vinculada a sus creencias y desaprobación social, aluden temor frente a posibles acciones punitivas/legales, lo que muestra un desconocimiento explícito sobre los avances normativos y legales de atención al aborto (Drovetta Raquel, 2017).

El Protocolo Nacional para la atención integral de las personas con derecho a ILE del año 2018³¹, refuerza el concepto de salud de manera integral y genera modos de actuación respetuosos de las personas gestantes para el equipo de salud. Junto al Fallo F.A.L. y el Código Penal (1921), traen suficientes elementos para las actuaciones de los equipos de salud en relación a las decisiones de las personas gestantes, pudiéndose pensar que estos marcos posibilitan la no judicialización, la celeridad en las intervenciones, la confidencialidad y la accesibilidad. Su no reconocimiento en Córdoba deja afuera la posibilidad de pensarlo desde una perspectiva de política pública en salud. A ello, deben agregarse los impedimentos de gestión como los propios de la cultura institucional.

Lo que predomina en estos discursos y sentidos, es la ilegalidad del aborto desconociendo las razones de por qué las mujeres deciden interrumpir sus embarazos. Son posiciones individuales que se expresan puertas adentro del consultorio, donde prima el saber-hacer profesional con el concomitante ejercicio de poder hegemónico asentado en la procreación y el cuerpo de la mujer en tanto objeto vehículo de la misma, o bien culpabilizándola de la situación. Esto no necesariamente refleja posicionamientos similares de profesionales del equipo del cual forman parte.

Yo no estoy a favor del aborto y por ahora no es legal así que les digo que busquen información en internet, que ahora hay pastillas (...) en internet está todo (...) todos tienen celular. Sólo aconsejo y digo que, en el aborto clandestino, está el tema de las infecciones. Le doy hasta esta información. Después la decisión es de la paciente (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019).

³⁰ En el año 2012 la Asociación "Portal de Belén" presenta un recurso judicial contra el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, exigiendo la inconstitucionalidad de la Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto no Punible.

³¹ Protocolo Nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo que data del año 2010 y actualizado sucesivamente en los años 2015, 2016, 2018 y 2021.

Como se desprende de la cita, se conocen los riesgos de las prácticas inseguras del aborto al hablar de las infecciones, sin embargo, sólo refiere a una búsqueda en internet, desconociendo las posibilidades reales que tiene la mujer para su acceso y negando información oportuna y veraz sobre prácticas seguras de aborto. También hay desconocimiento por parte de profesionales respecto a la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente y de la obligación de informar ante riesgos y daños inminentes.

ii) Aborto como derecho personal: de manera ambigua, en este grupo consideran que interrumpir un embarazo se vincula al derecho a decidir de las mujeres, pero desde las prácticas y discursos de agentes de salud no hay acompañamientos en el itinerario de interrupción, ni brindan información pertinente en tiempo y forma.

Yo en relación al aborto tengo una posición bien clara, la mujer es dueña de su cuerpo y tiene todo el derecho de hacer de su cuerpo lo que a ella le parezca. Ahora bien, hay todo un sistema abierto de MAC y de consejerías para darles y evitar ello, pero sabemos que ningún método cubre un 100% y ante una falla y bueno, ella no quiere tener el bebe tiene todo el derecho a recurrir al aborto (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019).

En algunas situaciones se deriva a otras organizaciones, según los posicionamientos personales puestos en juego, como al Socorrismo o asociaciones civiles, como el Portal de Belén y AMBO³², que explícitamente están en contra del aborto.

Las derivo, sé que hay centros que están especializados en esto (...) yo respeto la decisión de la mujer. Que yo no lo haga no significa que no pueda hacerlo, entonces les doy la libertad que vaya a un lugar donde lo puedan hacer (...) como yo les digo: yo te puedo ayudar a cuidar a tu bebe, pero no me pidas que te ayude a matarlo, si es tu decisión anda a otro lado... y el gran porcentaje amplio, vuelve a la segunda consulta (...) Ahí les digo, apenas nazca tu bebe te colocamos un DIU o buscamos la forma de que te cuides o los trámites para ligarte las trompas, hacemos la consejería para que no tenga más hijos (Entrevista a profesional de Medicina Ginecológica, 2019).

³² Es una organización de la sociedad civil que se presenta en su web como un programa de atención, ayuda, servicios e información las mujeres frente a “un embarazo inesperado” <http://mapadevida.org/productos/ambo/>

Un aspecto fundamental en el análisis de las representaciones sobre aborto en los dos grupos mencionados, es el estigma vinculado a las prácticas profesionales y la interrupción del embarazo. En palabras de Raquel Drovetta:

Se ha definido al estigma a partir de la convergencia de componentes interrelacionados, que inician con el etiquetado que las personas hacen de las diferencias humanas; continúan con la generación de los estereotipos y su asociación con atributos negativos vinculados a las personas etiquetadas; posteriormente acontece la separación entre un “ellos” y un “nosotros” y sobreviene la desaprobación, el rechazo y la discriminación, elementos que acontecen en coexistencia con una situación de poder que permite que se desarrollen (Drovetta Raquel, 2018, p. 28).

Los indicadores que darían cuenta del estigma sobre el aborto están asociados, por un lado, a la desaprobación de los modos en que las mujeres (especialmente) viven sus sexualidades y, por el otro, al etiquetamiento de profesionales que implementan dicha práctica como “aborteras”, “trabajo sucio”, “clandestinidad”, es decir, autopercepción negativa de la tarea, miedo a su divulgación, aislamiento y temor a la desaprobación social.

En la demanda concreta de la práctica de aborto, estos posicionamientos resultan barreras impuestas o dilaciones en la efectivización de respuestas a las personas gestantes que demandan la interrupción de un embarazo y/o derivaciones poco efectivas. En muchos centros de salud, la discusión pública y política en el marco del debate parlamentario no se reflejó al interior de los equipos para evitar malestares y enfrentamientos, optándose por respetar las posiciones morales y no disputar posiciones políticas que den cuenta del tema.

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 (...), la administrativa sabe que si consultan por eso nosotros estamos disponibles, somos abiertos y se discute (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Estos debates en torno a las posiciones personales de los profesionales, en los ámbitos institucionales/laborales, es una manera de sobrellevar y revertir el estigma sobre el aborto e intentar dar una respuesta legal a la demanda de las mujeres, posibilitando espacios de trabajo articulados entre equipos que optan por ser parte de la solución del problema (Faundes, José Manuel, 2005).

iii) Derecho al aborto: en este grupo incluimos a quienes se autodenominan “profesionales amigables”. Se trata de trabajadoras/es que desarrollan sus prácticas con empatía, promueven la escucha, buscan resolver los problemas sin cuestionamientos ni censuras, desvinculados de juicios de valor ni obstaculizares de información completa y oportuna. Garantizan acompañamientos a la decisión de las mujeres sobre la continuidad o no de un embarazo no planeado y consejerías desde las causales ILE, en situaciones de violación y de salud integral de las personas gestantes, desde el marco definitorio de la OMS y el enfoque de derechos, no libre de tensiones y disputas al interior de los equipos de los que son parte.

Siempre estuve favor de que cada mujer decidiera y elija, o sea que me viene fantástico que esto se hable y salga a la luz, antes era un tema tabú y te peleabas con todo el mundo si lo ibas a defender, hasta el día de hoy también (...) es un tema muy sensible (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Los agentes de este grupo, integran la Red. Desde esa identidad y pertenencia, disputan sentidos y prácticas instituyentes para abordar el aborto como un problema que compete a la salud pública frente a la hegemonía del campo, en la medida que son partes de estos procesos colectivos y de movimientos feministas como la Campaña.

Ahora sí está llegando el misoprostol a la muni, pero antes no teníamos recursos, hacíamos la receta y tratábamos que lleguen al consultorio o a las socorristas, para ver si podíamos manejar lo económico (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Las redes intra e interinstitucionales aparecen como recursos reales y potenciales en dichas intervenciones, son reconocidas y respetadas al igual que las posturas y prácticas diferentes al interior de cada equipo de salud para atender la demanda de ILE, como para acompañar a las mujeres y personas gestantes entre efectores garantes de derechos.

Desde que salió la ILE en el 2015, lo venimos planteando (...) las médicas también hacen acompañamiento conmigo y una no, pero nos deriva, digamos no hay una negación, está todo charlado, discutido (...) (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Las expresiones y relatos dan cuenta de diferentes posicionamientos para atender la demanda de ILE, que en ningún caso son monolíticos ni rígidos, y se construyen prácticas en consecuencia. En algunas, la dimensión moral atraviesa perspectivas, percepciones y auto-referencias de vida de modo naturalizado, trascendiendo posiciones en el campo laboral. En estos marcos “en que predomina un orden jerárquico y fuertemente estructurado, que asocia géneros a binarismo natural y sexo a familia y reproducción” (Pecheny Mario, 2011, p. 37), se advierten los efectos en la culpabilización y estigmatización de las mujeres coincidente con el nivel social. En otras, la perspectiva de derechos aparece asociada a conocimientos y percepciones, al activismo militante, buscando intersticios para ampliar la efectivización del derecho por diversos canales (el acompañamiento, la derivación, las redes) cuando no existía el recurso del Misoprostol o en su provisión a término. En estos extremos ubicamos una zona intermedia a modo de frontera móvil, conformado por el grupo de profesionales cuyas prácticas y discursos se vinculan más a los lineamientos de política y cultura institucional, a las normativas vigentes, por lo que la aprobación de la IVE en el 2020, podría constituir un nuevo escenario de prácticas que garanticen ese derecho en APS.

Una arista particular sobre el tema se liga a los procesos de formación/capacitación institucional o personal que pueden constituir aportes significativos e interpelar prácticas arraigadas y conservadoras que permitan paulatinamente avances en relación a la atención de la demanda por aborto, desde un encuadre de derechos sexuales.

En la DAPS de la Municipalidad de Córdoba las capacitaciones sobre ILE, se realizan a propuesta de los trabajadores de salud exclusivamente. Los avances concretados para garantizar el acceso vienen siendo planificados, propuestos y ejecutados desde sus propios modos organizativos con relativa autonomía. La institución acompaña, habilita, no obtura estos procesos y propuestas de capacitación y trabajo, que de algún modo intentan generar un proceso de institucionalización en la atención de las ILEs pero no define lineamientos ni instituye esos mecanismos desde la gestión política de turno.

Venimos con el chip viejo (...) Pensar todo desde la perspectiva de derechos sí nos modificó, te cambia la cabeza (...) comenzamos con la formación en torno a ILE, que me hizo una revuelta enorme. Para esa formación convocamos a diferentes profesionales como una abogada (...) y había diferentes redes. Esto fue en el 2015 (...) más que nada era abrir el juego a estas discusiones, para encontrar otras alternativas. Siempre insisto con la perspectiva de derechos. 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 (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

La profesión médica, vinculada a la especialidad de Medicina General y Familiar, son quienes están realizando un proceso de revisión de sus prácticas sobre los derechos sexuales. Generan, desde sus propios consultorios y en los ámbitos donde realizan activismo, el debate político de constituirse en un lugar contrahegemónico y garante de derechos, disputas de sentidos y prácticas, particularmente con la especialidad de ginecología. Observamos que jóvenes residentes del Programa de Medicina Familiar (cuatro de 100 centros de salud tienen residentes) proponen y se posicionan en los centros para acompañar a las mujeres, generando un debate muy asimétrico en relación a otros profesionales que no se ubican en procesos de formación-capacitación en servicio:

La lucha particularmente fue desde los residentes, desde nuestra tutora con la jefa del centro de salud principalmente (...) En este marco, nosotros tenemos el protocolo, hemos discutido un montón la ley, pero hay mucho no me voy hacer cargo, no es legal, no es así, en Córdoba con el amparo del Portal de Belén (...) le hemos explicado, pero a mí no me importa lo que dicen (...) (Entrevista a residente medicina, 2019).

En este caso hay un posicionamiento político y sanitario por parte de residentes e instructora docente, que habilita el debate y las prácticas referidas a los derechos sexuales y reproductivos, probablemente atravesados por una cuestión generacional además de los procesos de formación en servicio:

Esto de traer pañuelos verdes fue una decisión política (...) como tratando también de visibilizar esta cuestión que estábamos muy fervientes de querer garantizarlo (Entrevista a residente medicina, 2019).

Estos procesos vinculados a las capacitaciones y formación del personal de salud no están liderados por la gestión municipal sino liberados a la voluntad de cada agente para atender o no las ILE en cada centro de salud. En estas situaciones donde "claramente hay dos posturas: los que están a favor y los que están en contra..." (Entrevista a profesional Medicina Generalista, 2019) se establecen alianzas y acuerdos al interior del equipo para sostener el quehacer cotidiano, donde cada quien realiza su tarea según convicciones:

Es parte del programa para nosotras desde que salió la ILE en el 2015 (...) antes había otro equipo y el (médico/a) no lo quería trabajar, pero me los derivaba, esto es respetar también la objeción de conciencia (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2019).

Para otras, los debates interpelan las propias concepciones y prácticas de intervención profesionales como la inequidad de género –generacional en las problemáticas de APS– repolitizándolas como asunto ético, 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 Alicia, 2004, p. 131).

En los equipos, las profesiones vinculadas a lo social como psicología, trabajo social y salud familiar y comunitaria, son quienes tienen una postura más clara en relación a que el aborto es un derecho sexual y disputan sus posiciones con otras profesiones en el campo de la salud en múltiples intervenciones tales como: facilitar información, disponibilidad de escucha, captación, acompañamiento, entre otros.

Nosotros asumimos una posición política y sabemos que este compromiso con la interrupción del embarazo va a llevar a que sea legal, sino sería mucho más difícil. El (médico) cree que es un derecho que tienen que tener las mujeres, pero no lo va a hacer hasta que sea legal (...) lo hacemos nosotros y eso está conversado, habilitado y por el equipo consensuado. (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2019)

La discusión en estos equipos, mediadas por el debate parlamentario, posibilitó transparentar sentidos y prácticas:

Fue hermosa esa discusión y dar ese salto en relación a lo que yo puedo pensar y poder ubicarme dentro de un centro de salud como agente de salud (...) hasta ese momento que se puso en tapete la discusión del aborto cada una se manejaba con preconceptos o decisiones personales y en creencias y eso dio la posibilidad de decir no le voy a decir la próxima vez que venga la embarazada qué divino! y escucharla (...) Interpeló y cambió la práctica, nos dio la posibilidad de un acercamiento en el equipo de poder pensarlo, yo creo que estamos mucho mejor (Entrevista a profesional de Psicología, 2019).

La puesta en agenda pública de la ciudadanía sexual de mujeres y otras identidades sexuales por parte de los feminismos y organizaciones sociales, atraviesa la dinámica cotidiana

de la mayoría de los agentes en los centros de salud municipal, como generadora de espacios de discusión/reflexiones pero también de tensiones, contradicciones y, hasta silencios que dan cuenta de perspectivas de abordajes en salud, modelos de atención que disputan sentidos y poder por la reproducción de lo hegemónico versus posicionamientos contra-hegemónicos, interseccionales vinculados a estos derechos.

Ser y sentirse parte de la Red, construir identidad desde este lugar, también permite frenar el “estigma” que otros agentes imponen a quienes acompañan las prácticas de aborto en el sentido que “la colectivización de determinados actores se configura como un modo de ejercer resistencias frente a actitudes estigmatizantes (Drovetta Raquel, 2018, p. 28). El derecho al acceso a la práctica ligada a la interrupción del embarazo como cuestión de política pública de salud integral, articulada con las acciones del movimiento feminista, incide que no se piense a la misma desde el estigma del “trabajo sucio” sino como otro más de los derechos de las “pacientes”, legitimado y encuadrado en unos diversos marcos normativos (Código Penal Argentino, Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud).

A modo de corolario resaltamos que, desde el año 2015, la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba junto a un grupo de profesionales movilizados, realiza algunas instancias de formación disciplinarias vinculadas a temas como: objeción de conciencia, uso del misoprostol, disminución de riesgo y daño en salud reproductiva que van permitiendo avances en relación a la atención de esta demanda desde un encuadre de Derechos Reproductivos. En el año 2018 la gestión de turno se pronunció a favor de la accesibilidad al derecho del ILE, y durante el año 2019, la nueva gestión política en articulación con la Red, dispuso el uso del Misoprostol en los centros de salud municipales. El año 2020 constituye un hito significativo no sólo a nivel local sino global, en términos sanitarios por la pandemia de COVID 19. En nuestro país se sanciona la Ley Nacional 27.610 de aborto legal voluntario y, en el municipio local, se conforma una Comisión de Salud Sexual Integral de la Mujer, integrada por profesionales de la Red con la intención de ir generando instancias de capacitación y un programa institucional que diera respuesta a las ILEs.

El derecho al aborto: su acceso en salud pública municipal

El 31 de diciembre del 2020 se aprueba la Ley 27.610, que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Este derecho es fruto de años de trabajo activista

y militante de la Campaña, con sus muchísimas organizaciones que la componen. La Red es una de ellas y se define del siguiente modo:

Somos más de 700 equipos de Salud en la Argentina. Somos más de 2000 profesionales en todo el país que desde hace casi 6 años realizamos nuestro trabajo a conciencia y dentro del sistema de salud, poniendo las/os cuerpas/os en esta inmensa lucha con la que logramos que el aborto en la Argentina sea legal, seguro y gratuito. Fuimos parte de esa inmensa marea que llevó al Congreso de la Nación la urgencia por sacar al aborto de la clandestinidad. Hoy, en la Argentina decidir abortar es legal hasta las 14 semanas y luego de ese plazo, es legal por causales (ver “Guías y protocolos – Ley 27.610) Durante muchos años garantizamos ILEs (Interrupción Voluntaria del Embarazo) y hoy, con la ley 27.610 garantizamos IVEs (Interrupción Voluntaria del Embarazo) (Red de Profesionales de Salud por el Derecho a Decidir, 2021).

Como ya explicitamos anteriormente, este colectivo es fundamental para poder comprender cómo en cada uno de los territorios pudieron construir una trama –en algunos más densa, en otros emergente– para acompañar a las mujeres en su decisión de no maternar. Esta Red también se articula con la *Red de Socorristas* y producen una sinergia que disputa con los actores más conservadores dentro del propio sistema. Una red alerta y de respuesta rápida cuando de derechos sexuales se trata.

La ley se aprueba durante la pandemia Covid 19 contexto sanitario de emergencia, complejo y excepcional. En ese marco, como equipo de investigación nos preguntamos qué sucede en APS con este derecho conquistado por las inmensas movilizaciones y por las estrategias de incidencia política de la Marea Verde. Si las mujeres y personas gestantes efectivamente acceden a la IVE/ILE en este contexto de emergencia sanitaria. Para ello, entrevistamos a diferentes agentes de salud que se identifican e incluyen con la Red y a cinco integrantes de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva, enclavada en la DAPS, en la cual participan trabajadoras del sistema de salud, todas mujeres que, por su trayectoria militante, activista, son voceras y gestoras de estrategias para lograr el acceso, el monitoreo de cómo se aplica la ley 27.610 y el programa de salud sexual y reproductiva a nivel local.

Torbellinos de potencialidades, luchas y deseos: estrategias para garantizar derechos

La APS, en tanto *puerta de entrada* al sistema de salud en los territorios en el nivel local, se caracteriza por la organización y fortalecimiento de redes y articulaciones para viabilizar y garantizar derechos. Diversos autores (Acuña Carlos y Repetto Fabián, 2006; Serrano Claudia, 2005) proponen un conjunto de dimensiones analíticas referidas a la distribución de recursos (en cuanto servicios y prestaciones) y modalidades de participación de las áreas en los sectores gubernamentales referidas a los procesos institucionales: cobertura, coordinación, transversalidad, intersectorialidad y centralización/descentralización (Nucci, Nelly; Crosetto, Rossana; Miani, Ana; Bilavcik, Claudia; et.al, 2013).

Estos procesos, si bien ocupan un lugar relativo en los diseños y circuitos institucionales de la política sectorial en salud municipal, son también construidos por los efectores en la búsqueda de respuestas integrales, transversales, interseccionales, recuperando el concepto de autonomía relativa en sus intervenciones en los territorios. Según las autoras, sus abordajes plantean dos tipos: uno relacionado al ciclo vital y género de los sujetos y otro, que considera el territorio como base para integrar las acciones públicas.

Magdalena Chiara (2020), destaca el carácter dinámico de las políticas de salud puestas en juego en los territorios desde un condicionamiento mutuo en el que las mismas no pueden ser entendidas como el “arriba” de las normas, los recursos, los protocolos, los servicios, mientras que el territorio es el “abajo” compuesto por los problemas, los actores, las distancias entre establecimientos, el capital social y cultural diferencial de las familias y comunidades.

En los territorios de proximidad, los equipos de salud son la presencia del Estado. Sus trayectorias y pertenencias múltiples, les convierte en actores e interlocutores con la población, organizaciones, instituciones escolares, centros de acceso a la justicia, entre otros. La complejidad en los territorios sumado a las articulaciones con organizaciones de la sociedad civil y el Estado, desafía permanentemente a los trabajadores de la salud a desarrollar estrategias para sostener acciones sanitarias integrales en respuestas posibles a los problemas que se plantean en la comunidad, desde una perspectiva de salud colectiva con enfoque de derechos y de género.

Una estrategia local que viene marcando la diferencia en relación a los derechos sexuales, reproductivos y el aborto –de allí el interés particular de hacerla visible– es la conformación a fines del año 2019 de la Comisión de Salud Sexual Integral, compuesta de manera interdisciplinaria por mujeres profesionales, intelectuales de salud comunitaria, trabajadoras estatales de salud, activistas e integrantes de la Red –médicas generalistas, psicóloga, enfermera, trabajadora social y médica ginecóloga–, constituyendo un

acontecimiento significativo no sólo al interior de la Dirección de Salud municipal sino también en la provincia de Córdoba y en otras del país.

Donde antes sólo se veían muros, ahora hay ventanas de escuchas, decires y prácticas

En los años 2005 y 2006, un grupo de agentes de salud comienzan a desarrollar estrategias colectivas que les permitieron anudar diversas aristas como antesala a la conformación de la Comisión de Salud Sexual Integral (en adelante la Comisión). En este contexto, el Ministerio de Salud de Nación, dirigido por Gineza González García (2002-2007), aprueba una Guía para el Mejoramiento de la Atención Pos Aborto en el año 2006. Este marco político posibilitó que muchas profesionales decidieran acompañar a las mujeres que transitan por esta situación y que eran muchas veces violentadas por el sistema. Como ya señalamos anteriormente, se construye una red con fuerte trabajo de inserción territorial, que permite disputar las prácticas de acceso al aborto en un marco de complejidad y densidad política e institucional.

La comisión, integrada por siete profesionales de diferentes áreas (medicina general, ginecología, enfermería, psicología y trabajo social), pregona una mirada interdisciplinaria en pos del objetivo de lograr la accesibilidad a la IVE. En las palabras de una de las integrantes:

La comisión tiene que ver con prácticas que veníamos haciendo en red, avanzando al interior de la DAPS tratando de incidir para garantizar la ILE en aquel momento y se nos fue haciendo carne esto de mirar permanentemente nuestro trabajo a nivel de jurisdicción municipal, siempre en relación a lo que iba pasando en la provincia y en el país. O sea, siempre sabiendo que los movimientos que podíamos ir haciendo, no es incidencia solo en la institución nuestra, sino que va teniendo repercusiones en otros lados (Entrevistada 1, 2021).³³

Esta trama se consolida durante el año 2020 en este espacio organizativo y político, legitimado por la gestión estatal municipal (DAPS). Permite atender de manera activa el acceso a la IVE/ILE en un contexto sanitario complejo y a la vez como un derecho logrado luego de 15 años e intenso trabajo político de la Campaña. El trabajo de acompañar y resolver situaciones ligadas al aborto legal en el marco de las 14 semanas y el abordaje por causales, implica otro

³³ Por resguardos éticos vinculados a consentimiento informado, anonimato y tratamiento de datos sensibles las voces entrevistadas se identifican por numeración.

desafío en relación a embarazos más avanzados (riesgos para la salud y abusos/violaciones) donde hay que articular con el segundo nivel de atención en salud. El seguimiento y el acompañamiento en estos casos hace que la Comisión sea quien facilita estos procesos de manera más horizontal, operando a través de las redes de profesionales amigables. En las palabras de una integrante de la comisión:

Hay de parte de los compañeros y las compañeras un respeto y en ese sentido también hemos ido cuidando los vínculos y la confianza en esa construcción, o sea cómo comunicamos cada una de las acciones, cómo nos acercamos, estamos ahí en un lugar político, no somos gestión, pero a la vez estamos haciendo tareas de gestión (Entrevistada 2, 2021).

Las políticas tienen capacidad para incidir en los territorios, así como en los sujetos que lo habitan. En ese marco también se articulan, disputan decisiones y relaciones entre estos actores, otros modos de resolución de estas políticas, entre otros.

Si hacemos la génesis, la arqueología de la comisión, tiene que ver con ese trabajo de juntarnos, de estar permanentemente comunicadas, de consulta permanente cuando había que tomar una decisión (...) Digo decisiones como ¿qué íbamos a hacer en un centro de salud?, ¿cómo íbamos a manejar la medicación? Y después otras más institucionales ¿cómo podemos articular?, como muchas veces ha sido con la universidad, con católicas para poder incidir a través de capacitaciones para sumar (Entrevistada 1, 2021).

El relato citado da cuenta de dos aspectos. Por un lado, la toma de decisiones pensadas, construidas desde un nosotros para garantizar derechos que estaban en disputas con sectores conservadores y religiosos. Por otro lado, pone una mirada y lectura política imbuida de los reclamos públicos societales de movimientos de mujeres y feministas al Estado. Como dice Juan Marco Vaggione (en Bergallo y otros, 2018).

Uno de los principales desafíos para el movimiento feminista y sectores aliados fue desmontar una cultura jurídica asentada sobre el catolicismo, tanto en la enseñanza del derecho como en las formas de regular legalmente al cuerpo sexuado. Las leyes han tendido, no sin excepciones, a reflejar la moral católica que indica que el acto sexual tiene principalmente una función reproductiva (aspecto procreativo). No es

sorprendente entonces que una de las consecuencias (directa e indirecta) de la movilización feminista sea visibilizar el modo en que las creencias y posicionamientos religiosos se enraízan en el derecho (p. 328).

En ese sentido (por la incidencia de estos sectores conservadores) la estrategia implementada es, y ha sido, de acompañamiento solidario frente a una práctica no reconocida y fuertemente estigmatizada en sus inicios, no sólo entre algunos agentes de salud sino también en un sector de la sociedad heteronormativo y patriarcal:

Me parece que tuvo que ver con los acompañamientos que nos fuimos dando entre nosotras, de no sentirnos solas en una cuestión que era muy sensible como el tema nada más y nada menos del aborto, porque no era lo mismo hace 10 años cuando las profesionales y los profesionales éramos mirados de maneras diferentes por colegas u otras especialidades (...) esto no era menor con todos los miedos que teníamos de conocimientos, no solo teóricos sino también hasta cómo escribir la receta, qué poner de diagnóstico, fue haciendo que nos miráramos hacia adentro de la institución. Después con el paso del tiempo fuimos encontrando en los diferentes ejecutivos, en las diferentes gestiones, algún que otro aliada o aliado que nos fueron abriendo las puertas (Entrevistada 2, 2021).

Las características del sector salud en la APS jurisdicción municipal –altamente feminizado y profesionalizado– abre pistas para incorporar otro aporte vinculado a la importancia adjudicada de les profesionales entrevistades a las capacitaciones realizadas en servicio, teniendo en cuenta el trabajo disciplinario como interdisciplinario, el abordaje de la salud desde una ética construida en el compromiso y la responsabilidad por una concepción integral de la salud, sumada a las convicciones puestas en juego en torno al acceso a derechos de las mujeres y personas gestantes a decidir sobre su propio cuerpo:

Más allá que la fortaleza estaba afuera, sin dudas, porque veníamos con un activismo y unos vínculos más políticos en relación a las capacitaciones como el Programa Nacional, la Dirección Nacional de Salud Reproductiva y la OPS. También (...) conformamos un equipo de investigación con la OPS, ese apoyo también le dio un marco importante (...) nosotras trabajamos capacitaciones interdisciplinarias y un espacio muy potente fue medicina general, porque son los que se interpelaron en su mayoría (Entrevistada 3, 2021).

Las disputas de este colectivo, reiteramos, por cuestionar y derribar los cercos disciplinares y profesionales, sus especializaciones, aportan sentidos para integrar las prácticas desde un enfoque ético y político que rompa con las asimetrías/jerarquías en el marco de la atención y en los diferentes ámbitos de abordaje:

Ahora estamos tratando de incidir en el grupo de los ginecólogos, que es más lento y (...) como especialidad quirúrgica, hemos sido formados también en una cuestión jerárquica dentro de instituciones (...) entonces estos generalistas nos están queriendo enseñar a nosotros (risas) o sea son unas locas. Así que bajar un poco el copete, poder abrírnos y aprender de su experiencia que es una experiencia formidable. La realidad es muy difícil, hay que abrir bastante la cabeza. Estas representantes (de la comisión) (...) tienen un trabajo de militancia política de grupos externos, así que bueno uno es neófito en todo esto y aprende, esa es la realidad, de mi parte (Entrevistada 4, 2021).

La misma entrevistada recupera problemas éticos que debieron ser puestos –y continúan– en vigilancia epistemológica, a raíz de los procesos de formación universitaria, “la especialidad (ginecología) se basa en la unión feto-materna, si no hay feto no hay obstetricia, entonces fue un peso grande incluso personal (Entrevistada 4, 2021).

Estas instancias de formación/capacitación encontró a algunos agentes de salud posicionados frente al debate legislativo sobre el aborto en 2018, y en algunos casos contribuyó a una identificación otra y muy potente al accionar que venía desarrollando este grupo internamente.

En el plano de las categorizaciones ético políticas como de compromisos societales, podemos inferir que la trayectoria de la Comisión se vincula a los desafíos por interpelar y producir rupturas de mandatos externos y heterónomos, principios doctrinales, normas de carácter prescriptivo que ubican las prácticas de agentes de salud en un espacio de ejercicio de virtudes, una misión sacrificial al decir de Nora Aquín (2005), más que en un espacio social profesional.

Esta propuesta hacia pares (en el trabajo cotidiano) es una invitación argumentativa a otros análisis e intervenciones posibles enmarcadas en el enfoque de derechos. Para sostener este lugar político, observamos que quienes llevan adelante la acción son sujetos con liderazgo y legitimación, que les permite vincularse con su grupo de trabajo y también contactar, interpelar a las autoridades sanitarias para lograr el apoyo necesario en pos de materializar dicha

iniciativa, por ejemplo, diálogos fluidos con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación (Crojethovic María, 2012).

Este proceso de trabajo de construcción colectiva, contribuyó en diferentes planos frente a la problemática del aborto:

Hemos vivido que compañeras y compañeros que no hacían estas prácticas (...) nos llamen por teléfono (...) que tengo una vecina acá que necesito que la ayuden o la hija de una amiga, me parece que hubo más de eso, obviamente todo bajo cuerdas, no le cuentes a nadie, no le digas a nadie (Entrevistada 3, 2021).

En sus relatos, las entrevistadas dan cuenta que no percibieron ni vivenciaron estigmas y la sensación del trabajo sucio (Drovetta Raquel, 2018), ya que las diversas gestiones políticas, implicadas en el periodo de 2005 a la fecha, a nivel nacional, posicionaron la temática como un asunto de salud pública, aunque las disputas por sentidos en las instituciones y en el territorio impliquen otros procesos. En ambos casos, el estigma no se siente porque hay convencimiento político del derecho a la salud, especialmente que se están salvando vidas:

En el 2005-2006 somos los primeros que acompañamos abortos (...) éramos un equipo de por lo menos 5 o 6 personas (...) tuvimos tres situaciones en casi cuatro meses que nos cacheteo como equipo de salud, eso nos ubicó rápidamente por eso nunca sentimos que hacíamos mal las cosas, que estoy haciendo el trabajo sucio, digamos, si en realidad estábamos salvándoles la vida a las mujeres que acompañábamos (...) Yo creo que cuando uno internaliza desde dónde y ha vivido de cerca una mujer muerta, otra que casi se muere y salvo su vida y la otra, que su bebe prematuro nació y lo entregó como si fuera una bolsa; digamos tres situaciones re distintas que nos hizo transitar en la decisión de acompañar abortos de otra manera y después lo fuimos construyendo (Entrevistada 3, 2021).

La Comisión, legitimada por la gestión de la Secretaría de Salud Municipal, se construye como un ámbito de interlocución que permite procesos de mayor negociación en el ámbito institucional desde la articulación y el trabajo militante:

Siempre hemos ido haciendo la lectura de negociaciones implícitas y explícitas con las gestiones, con distintos intereses. Por ejemplo, el secretario anterior con un interés claro, porque nosotras fuimos las que generamos un vínculo con la OPS (...) hay un

convenio y se avanza, ahí había una negociación, sabíamos que había un interés más ligado al poder, a lo académico, no sabíamos bien todos los intereses que podía haber ahí, a lo económico, porque también la OPS ahí puso dinero para la secretaria. Pero para nosotras también era un avance porque era todo lo que se iba negociando (...) de hecho hubo un posicionamiento en pleno debate del 2018 del secretario (Entrevistada 4, 2021).

En esto de la negociación, ya el dejar hacer es una posición en la institución. Ahora en esta etapa, con esta otra gestión vamos negociando (...) es una demanda también de las compañeras y de los compañeros poder ir avanzando en que se institucionalice, que las vías formales que tiene la institución vayan legitimando cada vez más todo lo que se va haciendo (...) permanentemente es un tema, o sea haber que juego estamos haciendo, qué estamos consiguiendo, qué negociamos y qué no (Entrevistada 1, 2021).

En contextos en los cuales se avizora algún tipo de retroceso de derechos, referidos a la apelación por parte de algunos profesionales de objeción de conciencia, medidas cautelares, amparos por parte de organizaciones conservadoras³⁴, las estrategias se despliegan recuperando aprendizajes activistas, de incidencia pública y política, fortaleciendo las redes:

Nosotras desde septiembre del 2019 habíamos empezado a tener el misoprostol que venía desde nación y eso tuvo que ver con los trabajos que veníamos haciendo en los centros de salud de sistematización, de empezar a registrar que no eran personas aisladas que consultaban para acceder a la interrupción del embarazo (...). Diciembre asume la gestión nueva, apenas asume aparentemente se frenaba la entrega de misoprostol cuando ya todo estaba articulado, teníamos los listados de las mujeres con los turnos (...), nos presentamos con el secretario diciéndole que no íbamos a permitir que no se entregara más misoprostol, no éramos comisión, pero después nos conformamos como tal (...) siempre acuerpadas y poniendo todo (Entrevistada 2, 2021).

³⁴ Ejemplos de estas acciones son los amparos presentados por el Portal de Belén o el Legislador García Elorio que presenta una medida cautelar con el fin de que se dejara sin efecto provisoriamente, en la provincia, la aplicación de la Ley 27.610 (IVE) <http://www.pensamientopenal.com.ar/fallos/89500-cordoba-ts-j-rechazo-medida-cautelar-suspender-ley-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>

Los procesos de articulación que estos colectivos construyen también se dan en el marco de la política pública Nacional y, por ende, en diálogo fluido con la Dirección Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable:

Teníamos buenas relaciones con la gente del Ministerio de Salud de Nación, sobre todo con el 0800 de salud integral y poder decir en Córdoba hacemos acompañamientos para interrupciones legales de embarazo en aquel momento y son muchas y necesitamos tener la medicación, nos fue ubicando y posicionando de una manera diferente y empezamos a tener reconocimiento para adentro de la institución y hacia afuera también (Entrevistada 3, 2021).

El respaldo del gremio municipal es también una arista a considerar desde su posición como trabajadoras con autonomía relativa, para efectuar la provisión de servicios vinculados al acceso a derechos sexuales y ante situaciones de hostigamiento, amedrentamiento por los mismos sectores conservadores:

Tiene que ver con todo el trabajo y la participación militante y política por fuera, que un punto se fue construyendo desde el orgullo del trabajo. Y en eso no es menor tener el gremio que tenemos, más allá que no hacía falta que estuviera explicitado qué posición tenía el gremio en relación a este tema, hay una espalda que vos sabes y un trabajo inclusive de la comisión al interior del gremio para avanzar en cuestiones de género y me parece que eso te da una espalda... yo soy una que lo reivindica porque también eso permite incidir en la política pública (Entrevistada 2, 2021).

La Comisión es la encargada de la definición de los problemas en salud sexual, reproductiva y aborto, así como en las formas de resolución de los mismos, para lo cual, según coyunturas económicas, sociales, políticas y culturales, despliegan mecanismos en los distintos momentos del proceso de diseño, ejecución y evaluación de esta política sectorial particular, como por ejemplo las articulaciones para generar alianzas entre actores.

Nosotras en aborto hacemos todo, nadie nos dice que hay que hacer. Hacemos las capacitaciones, generamos los dispositivos internos (...) gestión, uso y distribución de los insumos, rendición de los insumos, tenemos sistematizadas en qué centro de salud no colocan DIU, para poder ver y tomar esta parte de los métodos que es fundamental para

nosotros. Nosotras decidimos que no podíamos seguir con ILE, sino que teníamos que avanzar con otros temas (Entrevistada 3, 2021).

En este contexto donde la proliferación del mercado simbólico de la ética ocupa el lugar de la política, subsumiéndola a la moral y a la neutralidad técnica, la Comisión intenta abordar desde las prácticas, colectiva y argumentativamente, las condiciones de existencia y de posibilidad en el espacio institucional local.

Los decires, sentires y haceres de la Comisión se vinculan a una práctica emancipatoria. Disputan el espacio político institucional desde un posicionamiento feminista y de acceso a derechos de mujeres y disidencias en relación a la ciudadanía sexual, cuya autoimagen se construye con convicciones, compromisos y responsabilidades. Las prácticas son acciones que estructuran y desestructuran, producen nuevos modos que inciden en las instituciones transformándolas, lo que con Cornelius Castoriadis (1989) se puede llamar *potencia instituyente*. Para este autor, dicha potencia surge de la propia interacción, que no sólo reproduce el orden simbólico instituido o actualiza las reglas establecidas –al interior del cual encontramos concepciones, representaciones, paradigmas en disputa y un marco legal-institucional que establece las reglas de juego– sino que los crea como efecto de su propia dinámica en la medida que cada agente social (individual y colectivo) es capaz de imaginar y producir representaciones al margen de lo dado a los sentidos y desbordando incluso determinaciones estructurales de estas organizaciones.

Se fue generando mucho respeto y generando como una autoridad cuando se habla, tiene que ver con esto de ir haciendo todo lo mejor posible y hemos ido construyendo parámetros de mucha exigencia en la calidad (...), tanto a nivel de los acompañamientos como en la formación, o sea permanentemente tratando de tener actualización, lecturas y también hemos ido cuidando los vínculos y la confianza en esa construcción, comunicamos cada una de las acciones (...) Al mismo tiempo (...) hay mucha gente que no le interesa y somos como un obstáculo o algo que genera una resistencia y también hemos recibido obviamente palos o intentos de desacreditarnos, de desautorizarnos pero yo creo que en ese caminito (...) de ir sistematizando, tratando de hacer todo correctamente, analizando los pasos, siento que tenemos mucha responsabilidad cada vez que vamos tomando decisiones como que sabemos que está en juego toda una trayectoria colectiva (Entrevistada 1, 2021).

Los procesos de acompañamiento que aseguran horizontalidad y simetría en las relaciones con el fin de sostener o ampliar las prácticas en los territorios, se entrecruzan con el trabajo militante, colaborativo, de solidaridad real para cambiar aspectos institucionales y de nuestra sociedad. Decimos, siguiendo a Nora Aquín (2005):

Solidaridad real, entendida estrictamente como operar colectivamente junto a otros para resolver problemas; y decimos estrictamente con la pretensión de diferenciar nuestro planteamiento frente a la moda de la solidaridad emparentada con el deber moral, que tiende a instalarse en el imaginario social como la piedad con el que menos tiene. En nuestra perspectiva, el valor de la solidaridad cuenta con un aspecto muy específico que denota la disposición a la acción colectiva; se emparenta entonces con la cooperación, entendida como operar conjuntamente con otros de condiciones sociales semejantes, para lograr disposiciones a la acción comunes (p. 9).

En las voces de las entrevistadas es relevante este compromiso militante y solidario con las mujeres que acuden al centro de salud con la decisión de no continuar su embarazo:

Porque cuando uno no tenía ganas de cruzar la ciudad para ir a buscar un misoprostol, había alguna de estas integrantes que seguro iba y garantizaba. Y cuando uno decía, oh dios estoy cansada de recibir diez turnos extras para aborto, ellas mándamela, las repartimos. Ha habido un trabajo de presencialidad, de militancia, de asegurar la práctica individual y colectiva que uno termina contagiándose (...) Y así se han incorporado muchos, porque ven que es efectivo que hay una red de contención. Esto es militancia pura acá de estas chicas (Entrevistada 4, 2021).

En este marco, la sanción de la Ley 27.610 de IVE y su plena vigencia en el sistema de salud, abrió nuevos horizontes y legitimidades al camino iniciado por la Comisión, que a modo de reconstrucción la siguiente cita condensa el proceso realizado:

Para sorpresa nuestra (...) este año volvimos a hacer las mismas encuestas con las mismas preguntas (del año 2020), más los datos que vamos reuniendo en nuestra red propia municipal, aún en el contexto difícil de la pandemia en que muchos centros se cerraron o no se entregaban los anticonceptivos, pudimos dar cuenta como de tres momentos importantes. Uno fue que hasta el 2018 antes del debate, más o menos en unos 20 centros de salud había algún profesional que acompañaba las ILEs. Después del

debate en el 2018 se suman otros 20 centros de salud más, y ya este año a partir de la ley (...) prácticamente estamos llegando al 70% de los efectores con algunos profesionales que están ejecutando las IVEs en Córdoba, o sea, una muy grata sorpresa (Entrevistada 2, 2021).

Esta autopercepción de sus integrantes se refleja en la mirada de pares profesionales y trabajadores a modo de espejo y de manera situada. Si bien hay variadas posiciones entre quienes se suman en función del trabajo y quienes militan con convicción desde los feminismos y la Red de Profesionales, en todos los casos, la Comisión aparece como el espacio de intermediación entre los equipos y la gestión municipal.

Fue la red y la confianza que nos tenemos, que nos conocemos, que sabemos el laburo que venimos haciendo y un poquito que pusieron de la parte directiva, pero esto fue un trabajo entre compañeras y hasta el día de hoy estamos pidiendo que bajen una línea, una orientación, no sólo con el tema de las IVEs y salud sexual y reproductiva, sino en general (...) muchos compañeros íbamos en la misma línea, y ahora hemos tomado como mucha fuerza me parece. Entonces, si vos me decís qué rescato de todo esto, rescato este grupazo de compañeras que son para sacarse el sombrero (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

La aprobación de la ley, el contexto de pandemia, el acceso al misoprostol y la creación de esta Comisión de Salud Sexual y Reproductiva en la DAPS, encuentra a los agentes de salud posicionados en otro lugar para pensar las intervenciones y permite aceitar los mecanismos de acceso a la medicación, a los estudios como ecografías, derivaciones de ILEs a los hospitales, entre otros, aún en contexto de pandemia:

Primero agradezco, porque si no hubiese sido de esa forma no sé cómo hubiéramos hecho y la verdad que veo también van sumando algunas otras discusiones, porque la institución nuestra que viene de una historia verticalista médico hegemónica-biologicista muy dura (...) me parece que también sumó una mirada integral de salud, no sólo en esa cuestión (...) fue y es súper importante (...) porque permitió nuclearnos... no sé, me parece que ha sido estratégico (Entrevista a profesional de Psicología, 2021).

Otra de las profesionales entrevistadas aporta su mirada en ese sentido:

Antes veníamos trabajando en una penumbra que también era difícil, y a pesar de la pandemia y todo el trabajo que vienen haciendo hizo que esto fluyera, aún en el contexto en el que estamos. Estoy llorando chicas (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

En relación al acceso al aborto, las referencias remiten a que las mujeres demandan con mayor libertad, sin miedos y en muchos casos condicionando, incluso, las prácticas instituidas dentro de los equipos de salud. La siguiente cita de alguna manera refleja estas miradas y prácticas:

Las pacientes se informaron bastante, antes podían consultar por una ILE y lo decían como algo de mayor secreto, demasiado encubierto. Ahora la paciente va con mayor libertad, se expresan distinto, van buscando el asesoramiento, saben a dónde y a quién preguntar (...), en ese sentido son las pacientes las que nos han ido marcando el caminito, están empoderadas en ese sentido, y está muy bueno porque ellas mismas van a pedir y exigir algunas cuestiones que están dentro de lo que ellos (equipo de salud) deberían hacer. Debería haber sido desde el comienzo así, pero esto tiene un proceso, nosotros sabemos que falta mucho, que esto es el comienzo y no el final, vemos en el equipo que las pacientes lo piensan distinto (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

A modo de cierre

Los feminismos vienen tematizando, disputando y argumentando aspectos invisibilizados por el orden hegemónico vinculados a sexualidad, reproducción y aborto como asuntos de salud pública. La Comisión, dentro del espacio institucional, da cuenta de una práctica instituyente desde una posición teórica, metodológica, ética y política vinculada al enfoque de derechos y que bien podríamos, parafraseando a Boaventura de Sousa (2006), inferir que su accionar reside en el abandono de la razón indolente o perezosa, especializada, neutra, en la medida que busca derribar muros y abrir nuevas ventanas de oportunidades propiciando el diálogo de saberes, sentipensares otros frente al problema y les sujetos involucrados en el mismo. Las posibilidades de discernir, elegir, desnaturalizar aún en contextos de incertidumbre, da cuenta de un proceso emancipatorio tanto subjetivo como social que implican rupturas con

distintas formas de dominación de género, generacional, de clase, opción sexual, condición física, entre otras.

Desde una ética feminista, que contiene el respeto por la autonomía, se construyen otras prácticas que “incorpora en la reflexión ética el otro como ser determinado, particular e histórico, y la relación de proximidad y afectiva como fundamento del comportamiento” (Carosio Alba, 2007, 5).

La autora, poniendo en diálogo diversas perspectivas, entre ellas Gilligan (1982), acerca de las características de la *ética del cuidado*, entiende que éstas derivan de una concepción relacional. Allí las personas ponen en juego una mayor tendencia a adoptar el punto de vista del “otro particular”, con sus peculiaridades; a la intervención de los sentimientos, de la escucha situada y no juzgar desde una perspectiva universalizante. Esta ética supone una preocupación por la posibilidad de omisión, de no ayudar cuando es necesario y urgente. Se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones, en una trama colectiva desde la cual se piensa y constituye el Yo.

La Comisión, siguiendo esta perspectiva, despliega una política feminista basada en la ética del cuidado no sólo hacia un otre, mujeres y personas gestantes sujetos de derechos y partícipes de la política pública de salud sexual y reproductiva, sino un otre que son les pares, el tejido de trabajadores municipales que se hilvana en el accionar diario. Desde ese cuidado y pensar situado, solidario y colaborativo es que se vienen produciendo procesos de transformación y cambios posibles, no libres de tensiones y obstáculos con la gestión política de turno.

En ese saber-hacer reflexivo se van corriendo velos y tensionando límites de lo posible desde la presencia cotidiana y el acompañamiento en territorio, lo que supone una responsabilidad social y no mera elección individual. Esta perspectiva, coincidiendo con Alba Carosio (2007), propone el acompañamiento y el cuidado como un valor público para la construcción de ciudadanía sexual de mujeres y personas gestantes.

Referencias

- Acuña Carlos, Repetto Fabián. (2006). La institucionalidad de las políticas y los programas de reducción de la pobreza en América Latina. *Banco Interamericano de Desarrollo. Diálogo Regional de Política*.
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=721041>
- Aquín, Nora. (2005). Pensando en la dimensión ético-política del Trabajo Social. *Trabajo Social*, N. 1, 71-83. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/view/24256>
- Bergallo, Paola; Jaramillo Sierra, Isable; Vaggione, Juan Marco. (2018). *El aborto en América Latina*. Siglo XXI Editores. Argentina.
- Bilavcik, Claudia; Bosio, María Teresa; Crosetto, Rossana. (13 de septiembre de 2021). *La atención primaria de la salud en pandemia: ¿qué pasó en los territorios cordobeses?* La Tinta. Córdoba, Argentina. <https://latinta.com.ar/2021/09/atencion-primaria-salud-pandemia/>
- Castoriadis, Cornelius. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. El imaginario social y la institución (Vol. 2). Barcelona: Tusquets.
- Chiara, Magdalena. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes en la pandemia. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, Año 10, Nro. 20, 27-40 http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/07_Chiara.pdf
- Carosio, Alba. (2007). La ética feminista: Más allá de la justicia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12 (28), 159-184.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100009&lng=es&tlng=es
- Crojethovic, María. (2012). El aspecto informal de las organizaciones públicas: instrumento de dominación y estrategia para el cambio. *Cuadernos del Cendes*, Año 29. N° 79. <https://www.redalyc.org/pdf/403/40324004002.pdf>
- Drovetta, Raquel. (2018). Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”. *Salud Problema*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/98264>
- Drovetta, Raquel. (2017). *Profesionales de la salud frente al estigma del aborto. Un obstáculo para otorgar información segura a las mujeres que buscan un aborto medicamentoso*. Seminario Internacional sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres. Asunción, Paraguay. Inédita.
- Fernández Vazques, Sandra. (2018). Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana

de Buenos Aires. *Revista de Bioética y Derecho*. Universidad de Barcelona.
<https://www.redalyc.org/journal/783/78355810011/html/>

Gutiérrez, María Alicia. (2004). Iglesia Católica y política en Argentina: el impacto del fundamentalismo en las políticas públicas sobre sexualidad. 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.
https://biblio.flacsoandes.edu.ec/shared/biblio_view.php?bibid=100771&tab=opac

Nucci, Nelly; Crosetto, Rossana; Miani, Ana; Bilavcik, Claudia. (2013). Las familias en las políticas públicas de la provincia de Córdoba (2010-2011). Aproximaciones desde un estudio de casos. *Cuadernos de Trabajo*. Serie Investigación N°3, 10-28
(<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>)

Pecheny Mario y De La Dehesa Rafael. (2011). Sexualidades y Políticas en América Latina: un esbozo para la discusión. En: CORREA, S. & PARKER (orgs). Sexualidade e política na América Latina. Rio de Janeiro: ABIA. https://www.sxpolitics.org/wp-content/uploads/2011/07/dialogo-la_total.pdf

Red de Profesionales de Salud por el Derecho a Decidir. (2021).
<http://redsaluddecidir.org/quienes-somos/>

Serrano, Claudia. (2005). Claves de la política social para la pobreza. Disponible en
[https://www.academia.edu/8744376/CLAVES_DE_LA_POLITICA_SOCIAL_PARA_LA_POB
REZA](https://www.academia.edu/8744376/CLAVES_DE_LA_POLITICA_SOCIAL_PARA_LA_POB_REZA)

Capítulo 7

Reflexiones finales. Los derechos sexuales en tiempos de pandemia

Claudia Bilavcik - Rossana Crosetto- María Teresa Bosio

Introducción

Los derechos sexuales y su acceso en los servicios de salud territoriales no estuvieron al margen del complejo y excepcional contexto de la pandemia Sars CoV 19, que irrumpió en la vida social y en las instituciones por su carácter de urgente. Como consecuencia, el impacto generalizado no sólo se dio a nivel sanitario por la enfermedad, sino también en sus expresiones económicas- sociales vinculadas a las modificaciones en la vida cotidiana y pública, de la población para transitarla, al aumento de la pobreza producto de las desigualdades que condicionan la obtención de recursos, los modos de conformación de las necesidades como sus procesos de resolución.

En este contexto particular, todo lo relativo al campo de la salud fue considerado actividad esencial, tanto en el subsector público como privado, con determinadas particularidades en este último. A diferencia de otras áreas, este sector fue el que más modificaciones tuvo en cuanto a sus modalidades de funcionamiento, atención, redistribución de personal, entre otras.

En esta línea nos proponemos analizar la reorganización del primer nivel de atención en la ciudad de Córdoba, las estrategias implementadas en relación a la capacidad institucional y accesibilidad a los programas de salud sexual y (no) reproductiva, teniendo en cuenta los diferentes momentos que marcaron el tránsito de la misma y las disposiciones sanitarias que se desplegaron para su atención. La lente orientadora es la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) que recomendó a través de las “Directrices operativas para el mantenimiento de los servicios de salud esenciales durante la pandemia COVID-19” (DNSSyR, 2020, p. 1) que los países deben identificar los servicios esenciales y priorizar la continuidad de la prestación de los mismos, incluyendo la atención a la salud sexual, embarazo y parto.

La pandemia en la ciudad de Córdoba

Podemos situar el análisis del desarrollo de la pandemia del virus Sars Cov 19 (2020-2021), particularmente en la ciudad de Córdoba, en tres momentos claves: i) el aislamiento social preventivo y obligatorio (en adelante ASPO), ii) distanciamiento social preventivo y obligatorio (en adelante DISPO) y iii) los procesos de vacunación. Estos momentos fueron determinados por los lineamientos políticos definidos por el Poder Ejecutivo Nacional en relación a las medidas sanitarias de cuidado y readecuadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y municipios que, con sus propias particularidades, no siempre coincidían.

En esta ciudad, la pandemia puso en descubierto las dificultades y ausencias de una política pública sanitaria con insuficiente infraestructura edilicia y recursos humanos formados para afrontar esta coyuntura, dejando en evidencia el ajuste que han atravesado estas políticas sectoriales en la provincia, estos últimos años (Ace Iván, 2021). Desde ese encuadre, la agenda del Estado provincial en general define los problemas y prioridades en salud e impone programas de acción hospitalarios con un enfoque biomédico y hospitalocéntrico, en desmedro del primer nivel de atención en salud cuyas estrategias fueron variando según los distintos momentos.

El primer momento, definido como de cuarentena estricta (ASPO) a partir del 20 de marzo de 2020, se caracterizó por la restricción total de las actividades –salvo las esenciales vinculadas a salud, seguridad y alimentación– la prohibición de circulación de las personas y el control estricto sobre el mismo por parte de las fuerzas de seguridad Nacional y provinciales.

Para mitigar en parte los procesos de desigualdad frente a esta situación excepcional, la intervención del Estado Nacional materializó políticas de redistribución para amplios sectores de la población a nivel país. El gobierno de la provincia de Córdoba, abocado mayoritariamente a las políticas de cuidado sanitario, creó un Comité Operativo de Emergencia (en adelante COE)³⁵, que asume un rol preponderante no sólo en los lineamientos de la política sanitaria sino también de seguridad. Esta entidad integrada por profesionales especialistas en medicina (infectología), asociaciones médicas científicas y deontológicas, autoridades del Ministerio de Salud y representantes de las fuerzas de seguridad (tales como gendarmería nacional y policía provincial) funcionó como el órgano decisor, ejecutor y contralor de las disposiciones sanitarias: protocolos de atención; establecimiento de cordones sanitarios, que podían implicar la imposibilidad de circular o salir de los territorios; centros de atención covid/no covid; entre otras. En esta línea, se propone una perspectiva principalmente biologicista, que predomina en

³⁵ Resolución Ministerial 0311, 24 de marzo 2020

la organización de los efectores de salud y a partir de la cual se toman decisiones centralizadas sobre la atención de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados en Córdoba.

La pandemia impuso cierta premura biológica que pareció allanar el campo para defender la supremacía del saber biomédico y su pretensión de monopolizar la explicación sobre la situación epidemiológica: “todo debe pasar por el COE”, en cuanto al rol de policía sanitaria. Según Jacinta Burijovich (2021):

La narrativa oficial aparece basada en una racionalidad sanitaria y ofrece una imagen de control estricto sobre el sistema de salud. El principal eje sobre el que se articula es el reforzamiento de la infraestructura (camas de terapia, respiradores) y se sostiene en la capacidad y robustez del sistema público provincial. Se introduce a los/as expertos/as científicos como una manera de legitimar las políticas públicas en términos de una lógica tecnocrática (Burijovich Jacinta, 2021).

La definición de la política sanitaria que prioriza el equipamiento de los hospitales de tercer nivel, el aumento de camas de cuidados críticos (Unidad de Terapia Intensiva), hospitales modulares, centros de diagnósticos para testeo e hisopados, fue agravando la fragmentación y desigualdades inter-jurisdiccionales propias del sistema, cuya crisis estructural excede la incertidumbre y la excepcionalidad de la misma.

Toda la pandemia fue mirada hospitalocéntricamente y no desde la Atención Primaria, cuando es una enfermedad que se cursa en el 85% de los casos sin complicaciones graves para internar ni desde la vida cotidiana, no sólo en la salud física (...) pero nunca tuvo una mirada así. En general en el mundo no fue así y acá no somos una excepción, pero hubo lugares en donde hubo más intentos de mirar la atención primaria o lo local, acá prácticamente la atención primaria no tuvo ningún rol, no estuvo incorporada a la mesa del COE (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

La escasa capacidad de incidencia en las definiciones de la política sanitaria por parte de funcionarios municipales y más aún de los agentes de salud, obturaron el trabajo territorial durante el ASPO y continuaron durante el DISPO.

El acceso a los servicios de salud en la atención de la población –especialmente los sectores en situación de pobreza– la disponibilidad y continuidad en la provisión de métodos anticonceptivos (en adelante MAC), el trabajo intersectorial, que en la diversidad de las comunidades fueron abordados de manera singular durante los diferentes momentos de la pandemia, son aspectos que debieron ser centrales para definir líneas de acción en el primer nivel de atención.

El COE nos desconoce absolutamente, pienso que esto no puede estar siendo de manera inocente, ya estoy elucubrando ideas (...) No puedo entender que desconozcan 101 centros de salud que tenemos un trabajo con la gente de años (...) que conocen a toda la comunidad. Si vamos a la casa y tocamos la puerta nos escuchan, nos abren la puerta, saben quiénes somos, confían en nosotras, toda esa red que está armada de hace años no la están utilizando (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

Las expresiones de les entrevistades hacen referencia al desconocimiento de la trayectoria y enclave de los centros de salud en cada territorio, sus objetivos, modos de intervención; del desperdicio de la APS. Dan cuenta de vivencias del agobio ante directivas de gestión política institucional contradictorias poco claras en relación a la modalidad de funcionamiento y atención. La información insuficiente y la imprevisibilidad se replicó en cada uno de los territorios generando desconcierto y malestar:

Nos sentimos muy abandonados desde nuestros directivos, desde el área superior, no nos bajan una línea, no sé si es bajar una línea, pero que nos digan vamos a trabajar de este modo en la pandemia ahora que volvimos (...) es como desquiciado, por suerte tenemos un grupazo de compañeras que nos contenemos, nos acompañamos (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

El año pasado (2020) era desesperante, el estado municipal y el estado provincial tuvieron unas recaídas que yo nunca las había visto (...) es como que no hay nadie, no hay gente trabajando primero y no hay nada, todo se cerró, no existe ningún programa, no existe nada de nada (Entrevista a profesional de Trabajo Social, 2021).

En este escenario y en relación a la modalidad de funcionamiento, algunos centros de salud cerraron durante las primeras semanas del ASPO. Otros continuaron funcionando, siendo la única institución en el territorio que permaneció abierta, aunque se vio reducida la atención por el aislamiento de la población, “quédate en tu casa”, la falta de protocolos de atención y provisión de equipos de protección personal para los agentes de salud como barbijos, alcohol en gel, máscaras, batas, entre otros.

Algo que nos impactó, creo que complicó la existencia de los equipos es que (...) los primeros dos meses, estaba todo cerrado, lo único abierto éramos nosotros: la escuela cerrada, la iglesia cerrada, el centro vecinal cerrado, los centros de jubilados cerrados; por lo tanto, explotó la demanda por todo lo que se les ocurra, venían a pedir comida, leche, ropa, medicamentos, etc. (Entrevista a profesional de Psicología, 2021).

A ello se añade la reducción de los equipos por dispensas sanitarias (patologías de riesgo, licencias), que no fueron suplidas. Salvo excepciones se cubrieron cargos profesionales mediante contrato o beca. La protección del gremio municipal posibilitó avanzar en estos reclamos aún en este contexto atravesado por fuertes recortes salariales y desmovilización por las medidas sanitarias en el municipio cordobés.

Los centros de salud tuvieron modalidades muy diversas, no hubo una línea bajada desde la DAPS³⁶ que respetaran todos, hubo algunas pautas, y cada uno fue implementando como podía y con los recursos que tenía en cada centro de salud en particular. En el nuestro particularmente, tomamos las medidas sanitarias necesarias, que la gente que tenía fiebre y respiratorio entraba, por un lado, los demás por otro lado, se suspendieron todos los controles, excepto los controles de embarazo y, se continuó con la vacunación por ejemplo (Entrevista a profesional de Psicología, 2021).

³⁶ Dirección de Atención Primaria de la Salud, dependiente de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba.

Lo que me parece queda más desnudo es que depende de las redes internas, del compromiso de los compañeros, de las voluntades, del contacto. El sistema da una respuesta muy pobre me parece y en muchos casos hay situaciones que se pueden resolver, pero bueno estás hablando con una persona que hace 20 años que está en el sistema (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

En todos los testimonios, los sentires del tránsito de la pandemia en este primer momento se vinculan a la desprotección, abandono, miedo, enojo y desinformación desde la gestión institucional en su posición de trabajadores de la salud. Pero, por otro lado, dan cuenta de procesos de tomas de decisiones autónomas, de la ética del cuidado, el compromiso y responsabilidad social para con la población que concurre a los centros de salud urbano periféricos.

La articulación con organizaciones comunitarias ubicadas en los territorios y entre pares (agentes de salud) para la atención de demandas de sectores en situación de pobreza vinculadas a múltiples problemáticas (que se incrementan y complejizan) constituye una estrategia que potencia el trabajo territorial e intersectorial. Así la gestión de alimentos, atención de las infancias, violencias de género y salud mental sólo fue posible con los pocos recursos institucionales disponibles a partir de las redes de trabajo colectivo y solidario entre los centros de salud y las organizaciones sociales.

Las desigualdades en las condiciones de vida fueron transitadas según las particularidades de cada territorio dependiendo de las organizaciones sociales existentes, los niveles de participación de la población, del acceso a determinadas políticas públicas de las diferentes jurisdicciones del Estado, incluyendo a los centros de salud como único espacio institucional disponible en el barrio en los inicios de la ASPO.

Yo creo que tanto la comunidad como nosotras, nos hemos ido acomodando, aprendiendo a sobrellevar esta cuestión de incertidumbre radical todo el tiempo. Todos los días algo nuevo (Entrevista a profesional de Psicología, 2021).

Estos posicionamientos van en consonancia con lo planteado por Jacinta Burijovich (2021) en torno al desafío de la política sanitaria de acercar las decisiones allí donde se producen las mayores dificultades y se da la gestión directa de la pandemia, establecer mecanismos de abajo hacia arriba, cooperar y trabajar en red, extraer experiencia de los casos singulares, no

homogeneizar las respuestas, menos prescripción y más comprensión, revalorizar la autonomía y, hasta en algunos casos, la desobediencia de los equipos de salud, en síntesis, mirar y actuar con cercanía. En estos casos “desde cerca se ve y se ve y actúa mejor”.

Por el contrario, al decir de Jaime Breilh (2020), la mirada sobre las condiciones sociales y sanitarias se realiza y decide desde ámbitos centrales configurando sistemas institucionales verticalistas, marcando la intervención desde lo general hacia lo particular, sin considerar lo singular. En nuestro estudio ello queda a cargo de los equipos de salud insertos en los territorios, sin claras orientaciones y escasa provisión de insumos desde la gestión central.

La política municipal implementa a su vez una estructura paralela y desarticulada a los centros de salud a través del programa “nos encontramos en tu barrio”. El objetivo es fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud, la detección y captación de personas con patologías que requieren asistencia médica³⁷. Instalados en los mismos territorios –las plazas centrales o en los centros de participación ciudadana de los barrios– con personal de salud contratado de manera precaria y voluntaria (ajenos a los territorios) funcionaron como primer nivel de atención para las actividades de detección (hisopado) y de seguimiento de casos Covid positivo³⁸. El siguiente relato es ejemplificador de este funcionamiento:

Bueno, y en esto aparece que hacen las carpas que nos desestructura lo nuestro (...) porque en vez de apoyar lo que tenés armas como una cosa paralela donde además no nos llega la información, tenemos que pelear para que por ejemplo (...) en la zona nuestra nos den los datos estadísticos (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

En el segundo momento denominado DISPO, desde el gobierno de la provincia se comienza a flexibilizar determinadas actividades especialmente económicas, permitiendo una mayor circulación de la población. Posteriormente se inicia el proceso de vacunación a grupos de riesgo (equipos de salud y adultos mayores) a la vez que se liberan las restricciones de circulación y la apertura de la actividad económica (productivas, comerciales, de turismo)

³⁷ Este programa se genera en el contexto de pandemia y refiere a una estructura paralela a los centros de atención primaria de la salud. <https://www.cordoba.gov.ar/laryora-visito-el-programa-nos-encontramos-en-tu-barrio-en-16-de-noviembre/>

Esta estrategia generó situaciones de espera y aglomeramiento por las características de la propuesta, la carpa sanitaria quedaba uno o dos días en el territorio y era a demanda, ver <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/carpas-sanitarias-en-cordoba-capital-debutaron-con-una-alta-demanda-de-vecinos/>

³⁸ Este link da cuenta de las diferentes estrategias con las que contaba el Ministerio de Salud Provincial para abordar la pandemia. <https://www.cba.gov.ar/centros-de-testeos-coronavirus/>

asociadas a un fuerte discurso de responsabilidad social individual de cuidado, protección y distanciamiento.

Durante estos procesos, en los equipos de salud se producen reacomodaciones permanentemente frente a estas situaciones, aunque el común denominador es la persistencia de percepciones vinculadas a la desprotección estatal y el sostenimiento de relaciones intra-equipos que permitieron canalizar ansiedades y temores. Las estrategias implementadas, con el objetivo de acordar criterios de atención, posibilitó el fortalecimiento de esas relaciones en algunos equipos. En otros evidenció las diferencias reafirmando un modelo biologicista:

No sé si fue lección aprendida, abocamos primero al cuidado del equipo que fue intenso, le pusimos energía, mucha discusión y malestar, en sentido positivo, porque fue tramitar la capacidad de poder discutir que no es fácil en los equipos de salud, pero eso fue lo que más nos cuidó, en estas idas, venidas y cambios (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

A principios del año 2021 se inicia el proceso de vacunación contra el virus del Covid, tanto a nivel Nacional como provincial. Se prioriza a los diferentes grupos (personal de salud y población de mayor riesgo) según edad y/o por patologías previas. Dicho momento coincide con el retorno a la presencialidad en educación primaria y secundaria. En forma paralela a este proceso, en los meses de abril, mayo y junio del 2021, se producen en la provincia de Córdoba los mayores porcentajes de contagio, mortalidad y saturación del sistema sanitario a nivel de los cuidados intensivos³⁹. La vacunación otorga al personal de salud mayor tranquilidad en términos de cuidado y protección.

Finalizando el año 2021, en la provincia de Córdoba el 85% en la población mayor a 3 años se encuentra vacunada con una sola dosis y al 63,3% con dos dosis, con un descenso en los contagios y mortalidad⁴⁰.

³⁹ <https://prensa.cba.gov.ar/salud-2/covid-19-informe-diario-de-la-situacion-en-la-provincia-31-05-21/>

⁴⁰ Recomendaciones acerca de la salud sexual y (no) reproductiva en Pandemia:
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/recomendaciones-salud-sexual-covid-19-nota-1_0.pdf

Derechos sexuales en pandemia: ¿un servicio esencial?

Garantizar los derechos sexuales (incluyendo aborto) como prioridad en pandemia, implica remitirnos nuevamente al concepto de accesibilidad en la política pública⁴¹. Alicia Stolkiner y otros (2007-2000) expresan que el vínculo se da a partir de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios, entre éstas y las representaciones de los sujetos, lo que se refleja en la utilización de los servicios públicos (no sólo técnica sino también física o territorial), en los recursos materiales, simbólicos e informacionales, asociados al acceso, culturalmente apropiados, entre otros.

En base a estos lineamientos en la política de salud pública municipal, no se definieron estrategias para garantizar su acceso como actividad esencial ni prioritaria. Por el contrario, la modalidad adoptada amplía las dificultades existentes con anterioridad a la pandemia en el acceso a estos derechos, restringiendo aún más el acceso a MAC y a consultas/demandas específicas de mujeres y disidencias sexuales, por la disposición inicial que el 30% de los centros de salud sólo atendiera febril-respiratorio vinculadas al COVID-19.

La reorganización sanitaria (establecimientos COVID/NO COVID) implicó que la población debiera cambiar de efectores para su atención. En algunos casos se realizaban mediante derivaciones con información oportuna y en otros, a la deriva, sin información precisa para resolver de manera apropiada y con calidad sus demandas en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados. Esta situación ha provocado deterioro en las condiciones de salud integral y particularmente en salud sexual, reproductiva y aborto. A ello debe añadirse la falta de transporte público (por paro durante la primera etapa del ASPO) en el extenso territorio de la capital cordobesa, obstaculizando la accesibilidad territorial a los establecimientos de salud para los sectores de mayor pobreza.

Se fueron diseñando diferentes estrategias para coordinar con los segundos niveles para reservar turnos, para ver cómo hacíamos con los barrios de la periferia para que la gente pudiera llegar, acceder por estas necesidades (...) entonces termina siendo cuánto pone el cuerpo cada uno en el lugar en donde está (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

⁴¹ Para profundizar en este concepto ver Capítulo 4, La Atención Primaria de Salud y la salud sexual y (no) reproductiva en la ciudad de Córdoba.

En los relatos se evidencia que la mayoría de los equipos de salud priorizan de manera autónoma la atención del Programa de Salud Sexual. No obstante, en este contexto de restricciones provocadas por el COVID 19, los derechos sexuales perdieron regresividad en su carácter de inalienables, intransferibles e indivisibles que implican capacidad de las personas a decidir libre, responsable y placenteramente, por diversos motivos. Entre ellos se observa:

Faltantes y discontinuidad de MAC, especialmente inyectables e implantes subdérmicos, que son los más elegidos por las mujeres. Esto produjo que no pudieran tener continuidad con dicho método utilizado o decidir cuál comenzar, sólo pudieron tomar lo que se les ofrecía institucionalmente, lo cual conlleva otras complicaciones: rechazo, abandono en el uso de los mismos o desfases por el cambio de métodos. Esta provisión de recursos depende de la implementación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y de los aportes casi en exclusividad de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, no teniendo el municipio capitalino previsto en su presupuesto anual, inversión en estos asuntos⁴².

Era muy fuerte ver como la demanda se había triplicado y la falta de métodos anticonceptivos (...) Yo pensaba que no es algo nuevo tampoco por lo menos en el recorrido de la muni en los centros de salud. La falta de métodos y de insumos es como siempre, una constante. Lo que para mí fue muy llamativo es que faltaran tantos métodos en un mismo período, en un momento de crisis tan grande donde, además, en los relatos de las mujeres aparecía mucho la dificultad para el cuidado (...) pasaban tantas cosas en la cotidianeidad que esto era algo más (...) o lo más grave que nos pesa un poco en la espalda, esta cuestión de que muchas mujeres con el cambio de método se quedaron embarazadas (Entrevista a profesional de Psicología, 2021).

Suspensión de los móviles de laboratorio y ecografías, que concurrían con una frecuencia mensual, en los centros de salud para la realización de estudios complementarios vinculados a controles ginecológicos.

⁴² Iván Ace (2021) sostiene que lo invertido en el año 2020 (dado esta situación extraordinaria de la pandemia) de la totalidad del gasto provincial la finalidad salud representa el 10,51% que remite, según el autor, a un incremento del 59,96%. Ello implicó la recuperación de estos procesos de ajuste y deterioro del sistema, a niveles similares a los periodos entre el 2002 al 2015, para la atención del virus Sars CoV 2 y no otras problemáticas prioritarias como salud sexual y reproductiva, padecimientos subjetivos, enfermedades crónicas no transmisibles, por citar algunos. <https://latinta.com.ar/2021/07/presupuesto-salud-cordoba/>

No se realizaron derivaciones por prácticas quirúrgicas como ligadura tubaria y tratamientos de hormonización, que de difícil acceso antes de la pandemia se vieron totalmente obturadas en este escenario. En los hospitales de referencia estas prácticas se realizaron sólo por excepciones priorizando partos, cesáreas y seguimiento de embarazos de alto riesgo.

Aumento de demanda para el acceso a IVE a partir de la sanción de la Ley 27.610 en diciembre del 2020. En contrapunto a la falta de insumos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual, el Misoprostol es un recurso disponible:

Teníamos Misoprostol sí, sí el que nos provee Nación directamente a la Muni, a través de lo que hemos gestionado de la Comisión. Yo después creo que el funcionamiento de la Comisión de Salud Sexual Integral de la Muni nos permitió a muchos centros de salud poder sostener, en un momento que no había ninguna directiva de nada (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

En esta coyuntura los equipos de salud despliegan estrategias flexibles, dinámicas, posibles desde sus propias autonomías como profesionales y trabajadores de salud para garantizar la atención y acceso a los recursos, por lo que no podemos generalizarlas. Entre las prácticas instituyentes sobresalen la reorganización y funcionamiento de infraestructura edilicia. En los que se pudo refuncionalizar:

La atención era por una ventana, se hacía con separadores, en ese momento estaban todos como muy paranoicos. Entonces la administrativa se instaló en un consultorio y por la ventana se hacía la entrega de métodos, eso no se cortó nunca (Entrevista a profesional de Enfermería, 2021).

En otros, en que no fue posible por las instalaciones deficitarias se utilizaron otros espacios comunitarios (centros vecinales, comedores) para la entrega de MAC, que según disponibilidad de provisión se garantizaba cobertura por tres meses o bien sugerencias de cambios ante su falta por lo existente:

Las organizaciones comunitarias fueron grandes aliadas en el territorio y eso es importante también, que más allá de la pandemia el contacto con las referentes de los distintos grupos y territorios no se perdió (Entrevista a profesional Medicina Generalista, 2021).

En este contexto, el trabajo de promoción y prevención en salud, que se realiza en el espacio territorial articulado con otras organizaciones locales y/o intersectoriales, escasamente fue utilizado como potencia de cuidado comunitario desde las autoridades sanitarias:

Cuando nos juntamos con vecinos para ver, porque yo fui a reuniones colectivas en plena pandemia porque había necesidad en relación a los comedores, no había ninguna directiva de hacer eso (...) no había una lógica comunitaria como las normativas que existen en el municipio para situaciones de desastres que convocan a todos los actores para pensar juntos no, apelaron a expertos (Entrevista a profesional Medicina Generalista, 2021).

El contacto telefónico: la creación de grupos de WhatsApp se convirtió en el mecanismo de circulación de información y comunicación en distintos planos:

a) con la población: como mecanismo de comunicación para el seguimiento y acompañamiento de situaciones problemáticas, de circulación de información y acceso a consultas virtuales. Grupos de comunicación diversos, según programas de atención: control de niños sanos, de embarazo, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, salud sexual y (no) reproductiva, entre otros.

b) con las organizaciones territoriales e intersectoriales con las que interactúan en el territorio en la búsqueda de promoción de derechos en salud.

c) entre profesionales del mismo centro de salud y de otros, para acceso a información, desarrollo de estrategias compartidas para dar respuestas a demandas y acceso a recursos institucionales. El desafío constante fue, y sigue siendo, gestionar la pandemia de manera horizontal y armando redes, pero no caben dudas que en la mayoría de los casos las demandas y consultas sobrecargaron al personal en APS, excediendo tiempos y espacio laboral.

Cabe destacar que este recurso fue puesto a disposición de modo personal, ya que la mayoría de los centros de salud en APS municipal cuentan con conexión inestable o inexistente a internet, tampoco han tenido provisión de teléfonos corporativos.

Otro aporte significativo es el accionar de la Comisión interdisciplinaria de salud sexual integral que, mediante articulación, acompañamiento y seguimiento no sólo bregó por el acceso y defensa de los derechos sexuales, sino que fue contención para les pares trabajadores de salud.

La recuperación un poco de la cantidad de métodos y la accesibilidad de las pacientes fue multicausal. Una fue la presión gremial, se reunían algunas veces con el secretario de salud, exponiendo la situación y todo lo demás. Otra, fue la formación de una comisión de salud sexual de la DAPS que de alguna manera pudiera gestionar de forma directa los métodos, porque los métodos siempre fueron desde nación a provincia y de provincia a municipio. Entonces la comisión (...) con algunos contactos en la Dirección de Salud Sexual Nacional pudo de alguna manera gestionar la provisión directa. Hay veces que mandaban de la nación y la provincia se quedaba y no distribuía (...) digamos que la presión sobre las autoridades fue una y la formación de la comisión que se encargó puntualmente sobre ese tema fueron los dos factores que influyeron en que esto mejorara un poco más este año (2021) (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

En medio del desarrollo de esta pandemia, la sanción y aplicación de la Ley 27.610 que autoriza y regula la IVE, articuló a los equipos para garantizar la práctica vía Comisión. El mayor desafío en este contexto fue acortar los tiempos de seguimiento para las interrupciones, tener que incorporar la telemedicina como recursos, sobre todo para las mujeres que no podían acceder por el transporte público.

La mayor demanda de aborto se percibe "porque acceden a lo público y no a la clandestinidad, además llega la información por diversos canales, si bien muchas mujeres no conocen sobre la ley" (Entrevista a profesional de Medicina Generalista, 2021).

Les entrevistades señalan asimismo que el sistema público de salud se está constituyendo en el prestador de la provisión gratuita de anticonceptivos y de acceso a la IVE, aún con cobertura de obra social ya que las mismas cubren muy poco estas prestaciones y el sector privado aduce en muchos casos, objeción de conciencia frente a la IVE.

Algunas líneas para continuar pensando

Los lineamientos internacionales⁴³ establecieron como esenciales y prioritarias la atención de la salud sexual y (no) reproductiva en el marco de la pandemia, sin embargo, estas prescripciones ante un sistema de salud con persistente fragmentación en diferentes niveles de atención, la falta de articulación y las escasas respuestas en recursos asignados según ley, provocaron restricciones en el efectivo acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos y en su reconocimiento como problemática en la atención oportuna y de calidad.

Las políticas sanitarias en Córdoba, recuperando los aportes de Jaime Breilh (2020), no se centraron en mirar la pandemia desde sus raíces sino en atender los efectos, es decir, la punta del iceberg con centralidad en lo tecnológico para atender la enfermedad y no desde la prevención, principalmente pensando en sectores poblacionales más afectados por sus condiciones de vida.

Los territorios se constituyen en espacios sociales heterogéneos con configuraciones propias que se construyen, con sujetos singulares y condiciones materiales, simbólicas y de articulación organizacional propias. En esos contextos, los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado también son particulares pese a pertenecer a un mismo sistema sanitario a nivel jurisdiccional.

Si tenemos en cuenta las coordenadas enunciadas, llama la atención el lugar desdibujado que tuvo en pandemia el primer nivel de atención en la estrategia sanitaria general, en la ciudad de Córdoba. De manera coincidente a otros estudios (Maceira, Verónica; Ariovich, Ana; Crojethovic, María, 2020) se expresó en demoras en la provisión de recursos de todo tipo, tanto para el cuidado de agentes de salud como de la población de referencia, de protocolos y directivas institucionales claras, dificultades iniciales para sostener las prestaciones esenciales, el seguimiento y acompañamiento de situaciones problemáticas que requieren a su vez del trabajo en red, intersectorial e interjurisdiccional en salud. Cuestiones que se evidencian y

⁴³ DNSSyR (2020)

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/recomendaciones-salud-sexual-covid-19-nota-1_0.pdf

agravan en pandemia, pero abren nuevos interrogantes frente a la heterogeneidad y fragmentación estructural de la política sanitaria (Bilavcik, Claudia; Bosio, María Teresa; Crosetto, Rossana, 2021).

La APS es un abordaje que tiene el objetivo de proteger la salud de manera integral, acompañando a las personas con la información y fluida comunicación que permita prevenir en la particularidad de cada territorio, para promover la mejor calidad de vida e incidir en los determinantes sociales tales como la exclusión social, la inequidad y la desigualdad. En el escenario de crisis sanitaria, la gestión del sistema de salud municipal no disputó los procesos de incidencia para sostener prestaciones de calidad desde un abordaje de la APS. La escasa articulación entre las jurisdicciones provinciales y municipales, puso al sistema y a la población más vulnerable en una situación de mayor fragilidad y desprotección. Fueron los equipos de salud, en cada uno de los barrios los que tuvieron que pensar y desarrollar estrategias, ensayar diversas respuestas frente a las necesidades de la comunidad, tanto materiales como simbólicas, en pos de la protección de derechos.

Las prioridades de agenda en torno a los derechos sexuales como así también las problemáticas vinculadas a la infancia, a violencias diversas, padecimientos subjetivos, adicciones, desempleo, alimentación, entre otros, fueron abordados y sostenidos por la iniciativa y el compromiso activo de agentes de salud en los diferentes centros del primer nivel de atención. Libradas a las particularidades de cada equipo de trabajo y de los propios territorios, generó inequidades en el acceso y cobertura a estos derechos garantizados por diferentes leyes y políticas desde el año 2002, como así también escaso reconocimiento hacia aquellos trabajadores del sector que con mucho esfuerzo intentaron garantizar los mismos.

En este cuadro de situación, pensar el tránsito a un futuro próximo o de post pandemia no resulta sencillo, pero se visualizan algunas ventanas de oportunidad que desde los relatos del personal de salud capitalizan. Por ejemplo, los aprendizajes tales como la revalorización de la presencialidad, el cuidado compartido en los territorios y en el primer nivel de atención, el trabajo en equipo y en red entre profesionales que permitió el sostenimiento de la labor cotidiana para garantizar el acceso a los derechos sexuales aún con las limitaciones existentes en articulación a un compromiso ético y militante.

Este escenario, sin dudas, estará marcado por los lineamientos institucionales de gestión política pero también por la participación activa y comprometida de agentes de salud. En la direccionalidad de sus intervenciones cotidianas, atravesadas por miradas, preocupaciones, debates y búsquedas, son éstos quienes habilitan o restringen el acceso y ejercicio a la ciudadanía sexual de la población que demanda los servicios de APS del municipio capitalino, en vistas a proponer acciones que impacten en políticas de salud con enfoque de

derechos y de género.

En prospectivas para seguir pensando⁴⁴ interesa destacar y reconocer la diversidad de prácticas en los diferentes territorios, vinculadas a la autonomía de los equipos/agentes de salud y el trabajo artesanal que desarrollan, no sin tensiones y obstáculos sociales, económicos, culturales y políticos.

El trabajo sostenido y significativo vinculado a prácticas profesionales creativas, innovadoras e instituyentes desde el abordaje comunitario en la construcción y defensa de los derechos sexuales, reproductivos y aborto. El compromiso de acompañar y reconocer a las mujeres en su autonomía, la empatía y la contención frente a estigmas y prejuicios y visibilizar(se) como prestadores *amigables* del servicio de salud municipal.

Integrar redes comunitarias y territoriales –formar parte de la Red de Profesionales⁴⁵, del activismo feminista– construye identidades, permite colectivizar intereses, preocupaciones, forjando modos de resistencias frente a otras percepciones y prácticas estigmatizantes con las que se convive en el quehacer cotidiano.

Las posibilidades de interlocución de los agentes de salud con la gestión política para que se promuevan y legitimen espacios de formación, de atención de viejas y nuevas demandas de las mujeres en torno al tema, entre otros.

Por otro lado, sin pretender generalizaciones y a modo de corolario, interesa visibilizar algunos aspectos que persisten obstaculizando la efectiva implementación de la política de salud municipal desde el enfoque de derechos y de género que garantice la accesibilidad a la salud sexual y (no) reproductiva, tal como:

- La actualización de la normativa municipal del Programa aparece como necesidad y desafío vinculado al derecho a la salud sexual y (no) reproductiva, acompasando la misma a la legislación nacional y a las políticas de salud con enfoque de derechos que, al no estar contemplados, impacta en ciertas prácticas profesionales y socio-culturales de agentes de salud.
- Contar con un comité/comisión interdisciplinaria que elabore lineamientos institucionales de gestión e implementación del Programa de manera homogénea, se unifiquen circuitos y requisitos mediante protocolos, hojas de ruta y/o monitoreo, con el propósito de evitar ciertas diferencias que, en la actualidad, se traducen en nuevas y otras desigualdades para las mujeres que demandan atención, en tanto quedan supeditadas a la gestión de cada centro de salud.

⁴⁴ Se retoma Informe de Investigación presentado a la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Dirección General de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba. Córdoba, 8 junio 2021

⁴⁵ Red de Profesionales por el Derecho a Decidir <http://redsaluddecidir.org/>

- Institucionalizar mecanismos de articulación de referencia/contrareferencia interjurisdiccional, no quedando estas prácticas a merced de voluntades ni capitales propios del personal de salud.
- Disponer la provisión continua de recursos o insumos de anticoncepción y el fortalecimiento presupuestario del Programa, en la garantía de acceso a derechos de la población a cargo.
- Contar con estrategias comunicacionales, a fin de garantizar instrumentos informativos claros y accesibles (folletería, cartelería), diseñados desde la mirada situada de la población que demanda atención e iguales para los centros de salud y el trabajo en territorio.
- Avanzar y garantizar procesos de formación/capacitación interdisciplinaria en torno a normativas vigentes y políticas públicas desde el enfoque de derechos e interseccionalidad, en la búsqueda de superar miradas lineales, homogéneas, universalistas en relación a concepciones a los sujetos que demandan prestaciones en los servicios de salud municipales (identidad de género versus las etiquetas, estigmatizaciones culpabilizantes de ciertos modos y condiciones de vida, por ejemplo).
- Implementar espacios de supervisión interdisciplinarios que posibiliten reflexionar las intervenciones situadas en espacios territoriales y con problemáticas sociales complejas. En sintonía con la capacitación, éstas se desarrollan de manera disciplinaria.
- Revalorizar el abordaje territorial interdisciplinario con acciones de promoción y prevención que tenga en cuenta la salud de la población de manera integral y colectiva. Sistematizar prácticas instituyentes que se realizan en la actualidad permitiría no sólo su reconocimiento sino también la construcción de procesos más colectivos al interior de la propia DAPS.
- Incorporar profesionales de las ciencias sociales y humanas en los centros de salud, con capacidades y experticia en el abordaje territorial, permitiría avanzar en lineamientos estratégicos de APS, entendido no sólo como nivel de intervención sino como paradigma teórico-político del proceso de salud-enfermedad-atención.

En síntesis, consideramos se torna necesario en el actual contexto, jerarquizar el primer nivel de atención desde la APS, revalorizar la intervención social profesional en la complejidad del entramado territorial, en sus configuraciones y dinámicas heterogéneas y garantizar accesibilidad basada en el vínculo entre los sujetos y los servicios de salud, centrada en sus condiciones de vida, desde una mirada integral y desde una perspectiva de los derechos

humanos y feminista. En un escenario, en permanente cambio, la mutación de las variantes del virus pone en tensión al sistema sanitario, y la vida cotidiana de los sujetos y por ende las decisiones políticas deben apuntar al fortalecimiento del primer nivel de atención y cuidados comunitarios.

Referencias

Ace, Iván. (5 de julio de 2021). *Presupuesto de salud de Córdoba y pandemia: ¿inversión extraordinaria o recuperación de lo perdido?* La Tinta. Córdoba, Argentina. <https://latinta.com.ar/2021/07/presupuesto-salud-cordoba/>

Bilavcik, Claudia; Bosio, María Teresa; Crosetto, Rossana. (13 de septiembre de 2021). *La atención primaria de la salud en pandemia: ¿qué pasó en los territorios cordobeses?* La Tinta. Córdoba, Argentina. <https://latinta.com.ar/2021/09/atencion-primaria-salud-pandemia/>

Burijovich Jacinta. (12 de julio de 2021). *Episodio de una pandemia inconmensurable: desde lejos no se ve.* La Tinta. Córdoba, Argentina. <https://latinta.com.ar/2021/07/pandemia-inconmensurable/>

Breilh, Jaime. (2020). Está servida la mesa para el virus. Disponible en: <http://idepsalud.org/jaime-breilh-epidemiologo-esta-servida-la-mesa-para-el-virus/>

Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkiner, Alicia. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 201-209. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>

Crosetto, Rossana; Bilavcik, Claudia; Miani, Ana María. (2021). *Atención Primaria de la Salud en pandemia: los derechos sexuales y reproductivos también son prioridad.* [Ponencia] Primer Congreso Latinoamericano de Trabajo Social de la UNVM. VII Jornadas Regionales de Trabajo Social. En proceso de publicación.

Crosetto, Rossana; Bosio, María Teresa; Miani, Ana María; Bilavcik, Claudia y otros (2021). Informe presentado a la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Dirección General de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba. Córdoba 8 de junio de 2021.

Maceira, Verónica; Ariovich, Ana; Crojethovic, María. (12 de noviembre de 2020). Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo y obligatorio. *Revista Argentina de Salud Pública*. Suplemento COVID-19. https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12supl/AO_Maceirae12.pdf

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (2020). *Recomendaciones para garantizar el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia de COVID-19.* Nota 1. Ministerio de salud. Argentina. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/recomendaciones-salud-sexual-covid-19-nota-1_0.pdf

Resolución 0311 de 2020 [Ministerio de Salud, Gobierno de Córdoba]. Se crea el Centro de Operaciones de Emergencias (C.O.E.) a nivel provincial. <https://www.cba.gov.ar/wp->

<content/uploads/2020/03/Resoluci%C3%B3n-Minist.-Salud-Nro.-0311-a%C3%B1o-2020-Crea-CENTRO-DE-OPERACIONES-DE-EMERGENCIAS-COE-1.pdf?csrt=1421136190550852953>

Esta producción es fruto del trabajo de un equipo de investigación del Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSI) de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad Nacional de Córdoba, con el apoyo de la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SeCyT UNC).

Recoge los debates teóricos como los resultados del proceso de investigación que nos convocan desde un entramado multi-situado como docentes-investigadoras, graduadas y estudiantes de las Ciencias Sociales –en su mayoría trabajadoras sociales con ejercicio profesional en salud pública, mujeres y activistas–posicionamientos que se ponen en juego y entrecruzan en el trabajo de investigación colectivo, en las prácticas políticas de intervención social y de militancia.

Examina las prácticas y representaciones sociales de agentes del primer nivel de atención del subsistema de salud pública municipal de la ciudad de Córdoba en relación a los derechos sexuales en salud y el acceso de les sujetos a las políticas de salud sexual y reproductiva, desde el punto de vista teórico-político feminista, de género e interseccional y el enfoque de derechos, buscando articular los problemas de desigualdades sociales existentes (clase, género, generación, raza) con el análisis imbricado entre salud, justicia social y derechos humanos como desafíos del derecho a la salud, en el período comprendido entre 2018 y 2021.

Los capítulos del libro abordan desde los feminismos, los procesos de transformación social y política para el reconocimiento de la ciudadanía sexual de mujeres, disidencias sexo-genéricas y personas gestantes, su incidencia en la construcción e implementación de la política de salud sexual y reproductiva del municipio capitalino cordobés como las prácticas instituyentes y emancipatorias, que en este nivel de atención constituyen, no sin tensiones, enormes apuestas para las intervenciones vinculadas al aborto y los derechos sexuales en tiempos de pandemia, pero también incorpora en términos de agenda pendiente, "lo no dicho" e "invisibilizado" de estos asuntos.

El libro fue elaborado mientras se sucedían los acontecimientos que narra, cuando en Argentina se producen modificaciones que constituyen hitos sociales y políticos de envergadura en relación a la temática de estudio: el debate legislativo de fines de 2018 por el derecho al aborto, la sanción de la Ley Nº 27.610/2020 de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la pandemia por COVID 19 que atravesó al conjunto de la población e implicó medidas de reorganización y funcionamiento de la política sanitaria en todas sus jurisdicciones frente a la crisis sanitaria, social y económica.

