



# ENTRE MUJERES:

## PRÁCTICAS QUE CONSTRUYEN SALUD SEXUAL

SOFÍA BELÉN IMHOFF,  
GIANELLA MARGONARI,  
GUADALUPE MAZZINI AGUILAR.



facultad de ciencias  
**sociales**



**UNC**

Universidad  
Nacional  
de Córdoba

# **ENTRE MUJERES**

## **PRÁCTICAS QUE CONSTRUYEN SALUD SEXUAL**

**Gianella Margonari**  
**Sofia Belen Imhoff**  
**Guadalupe Mazzini Aguilar**

### **Docentes**

Exequiel Torres: Intervención Preprofesional  
y Seminario de Sistematización y Redacción de Tesina  
Paula Gaitan: Orientación temática

### **Diseño e ilustración de tapa**

Sofia Leiva Quiroga  
[@solei\\_](#)

### **Licenciatura en Trabajo Social**

Trabajo Final de Grado

Córdoba, Córdoba

2022



## AGRADECIMIENTOS

El camino recorrido a lo largo de estos años y el hecho de estar terminando nuestra carrera, fue y es un logro muy importante para nosotras, que nos atraviesa e interpela desde el primer día. Sería ingenuo pensar que hemos llegado hasta aquí sólo a través de nosotras mismas y nuestro esfuerzo, claro que esto fue fundamental, pero no lo hicimos solas. Por ello queremos agradecer a todes quienes nos apoyaron, sostuvieron y acompañaron durante el transcurso de nuestra carrera y el desarrollo de nuestro trabajo final de grado.

En particular queremos agradecer a nuestros amigues, familias, compañeres de militancia y compañeras perrunas; también a nuestros docentes, en especial a Exequiel Torres y Paula Gaitan por todo lo compartido en los últimos años, y a la Facultad de Ciencias Sociales por resistir y seguir apostando a la construcción de pensamiento crítico; también al Hospital Nacional de Clínicas y al Servicio de Medicina Familiar; a los feminismos, a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, y a mujeres referentes en nuestras trayectorias con quienes hemos compartido y de quienes hemos aprendido a existir, resistir y a luchar por un mundo mas justo, diverso y colectivo.

Gracias a todas estás personas y a nosotras como grupo, este no ha sido sólo un proceso académico, sino también un espacio de sostén, acompañamiento y aprendizaje entre mujeres, que nos permitió dejarnos interpelar, reconocer y sanar de forma conjunta.

Por último queremos dedicarle nuestro proceso a:

*Beatriz Cortes: por tu incondicionalidad, ternura y por mostrarme otro mundo posible en la vida de las mujeres y disidencias.*

*Stella Marys Pape: por enseñarnos a todas tus hijas y nietas la fuerza que tenemos las mujeres y la necesidad de luchar por lo que nos parece injusto.*

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>ACLARACIONES NECESARIAS</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo 1. Las sexualidades se construyen</b>	<b>4</b>
1.1. ¿Qué implica pensar la salud como campo?	4
1.2. ¿Qué entendemos por Salud Sexual y (no) Reproductiva?	7
<i>1.2.1. Movimientos feministas y LGBT+TNBI+: históricas luchas y posicionamientos que construyen prácticas</i>	<i>15</i>
1.2.2. Disputas de sentidos en la construcción de las sexualidades	20
1.3. Espacios de salud: ¿cómo se construye Salud Sexual y (no) Reproductiva?	23
<i>1.3.1. Derechos Sexuales y (no) Reproductivos: accesos desiguales</i>	<i>29</i>
<b>Capítulo 2. Salud sexual desde el hospital: trayectorias de trabajo en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva</b>	<b>34</b>
2.1. Hospital Nacional de Clínicas: contexto de surgimiento e institucionalización	34
<i>2.1.1. Servicio de Medicina Familiar: disputas en los abordajes de la salud</i>	<i>37</i>
2.2. Negociaciones en el marco de la Pandemia por Covid-19	40
2.3. El lugar de la Salud Sexual y (no) Reproductiva	42
2.4. Trabajo Social, desde el Servicio de Medicina Familiar a la salud en general	45
2.5. Nuestras voces en el Servicio de Medicina Familiar: hacia otras dimensiones de la Salud Sexual y (no) Reproductiva	46
<b>Capítulo 3. Experiencias en Salud Sexual y (no) Reproductiva: estrategias de intervención</b>	<b>50</b>
3.1. Inserción y estrategias: disputas hacia la legitimidad del Trabajo Social	50

3.2. Construir equipos de trabajo en los espacios de salud	53
3.3. Estrategias de intervención	57
3.4. Análisis de los datos relevados, aportes del Trabajo Social en Salud Sexual y (no) Reproductiva	63
3.4.1. <i>Facilitadores para la accesibilidad a la Salud Sexual y (no) Reproductiva</i>	63
3.4.2. <i>Obstáculos y dificultades: mirar desde la integralidad</i>	70
3.5. Posibles rumbos	75
3.5.1. <i>¿Responsabilidad de quienes?</i>	75
3.5.2. <i>“Nosotras también podemos sentir placer” (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021)</i>	80
<b>REFLEXIONES CONSTANTES</b>	<b>85</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>91</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Grado, da cuenta del proceso de intervención preprofesional, de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Córdoba. Una experiencia en el campo de Salud Sexual y (no) Reproductiva (SSynR) desde el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Nacional de Clínicas, desarrollada durante el año 2021.

Como equipo de tesistas, nuestra intención es aportar al debate por la legitimidad del Trabajo Social en el campo de la salud, específicamente en el abordaje de la Salud Sexual y (no) Reproductiva desde una mirada integral. Proponiendo análisis en base a nuestra experiencia, seleccionando la Estrategia de Intervención Diagnóstica, buscamos también visibilizar la inserción como proceso posible y necesario a experimentar como estudiantes.

Esta producción se constituye de tres capítulos. En el primero “Las sexualidades se construyen” buscamos realizar un recorte teórico acerca del campo de la salud y la Salud Sexual y (no) Reproductiva, proponiendo un análisis político de este último y explicitando nuestros posicionamientos como equipo de tesistas. Luego realizamos una reconstrucción socio histórica del campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, recuperando las luchas de los movimientos feministas y LGBTTTNBI+, y otros actores que disputan en este campo. También retomamos el marco normativo relevante para nuestro proceso y reflexionamos acerca de los sentidos construidos social y políticamente en torno a las sexualidades. Por último analizamos los abordajes de la SSynR desde los espacios de salud en general, poniendo el foco en la accesibilidad a Derechos Sexuales y (no) Reproductivos.

En el segundo capítulo “Salud sexual desde el hospital” realizamos una caracterización del escenario institucional donde desarrollamos nuestras prácticas preprofesionales. Comenzamos con un recorrido histórico del Hospital Nacional de Clínicas, visibilizando el contexto de surgimiento, el impacto de las políticas neoliberales, las condiciones laborales de sus trabajadores y la situación actual del hospital. En un segundo momento centramos la mirada en el trabajo del Servicio de Medicina Familiar, sus profesionales, posicionamientos y propuestas para comprender y abordar la

salud; como así también el vínculo con actores y organizaciones del territorio. Además analizamos las implicancias de la Pandemia por Covid 19 y las trayectorias de trabajo en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva.

Luego, y de forma general, introducimos algunos debates acerca del rol del Trabajo Social en el campo de la salud y la importancia que adquieren las disciplinas de las Ciencias Sociales en los equipos de salud. Para cerrar el capítulo, recuperamos los primeros meses de proceso de prácticas preprofesionales, aportando e introduciendo algunas discusiones y nuevos sentidos acerca de las intervenciones del SMF en el campo de la salud sexual de forma integral.

Finalizando el Trabajo Final de Grado, en el tercer capítulo “Experiencias en Salud Sexual y (no) Reproductiva: estrategias de intervención” ahondaremos en la Estrategia de Intervención Diagnóstica, diseñada y llevada a cabo por este equipo. Comenzamos el capítulo definiendo qué entendemos por la misma e introduciendo discusiones acerca de los momentos de inserción y diagnóstico en nuestro proceso; buscando hacer aportes a la disputa por la legitimidad del Trabajo Social en el campo de salud. En un segundo momento retomamos la demanda y la propuesta del Servicio de Medicina Familiar de conformar un equipo de intervención interdisciplinar entre estudiantes de Psicología, Medicina y Trabajo Social. En este apartado analizamos la conformación de este equipo de trabajo, sus limitaciones y los aprendizajes significativos que podemos recuperar.

Continuamos describiendo en detalle las intervenciones realizadas como parte de la estrategia diagnóstica del Relevamiento Social Diagnóstico (encuestas y entrevistas). Para luego retomar los análisis construidos a partir del procesamiento de datos obtenidos, poniendo el foco en facilitadores y obstaculizadores en cuanto a accesibilidad a la Salud Sexual y (no) Reproductiva. Por último, finalizamos este capítulo reflexionando acerca de las intervenciones realizadas en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva; proponiendo posibles rumbos para el abordaje de la salud sexual integral, haciendo foco en las dimensiones de la responsabilidad compartida y el placer.

## ACLARACIONES NECESARIAS

Antes de comenzar a desarrollar nuestro Trabajo Final de Grado consideramos necesario realizar algunas aclaraciones que hablan de decisiones y posicionamientos políticos, éticos y epistemológicos que tomamos como grupo.

En primer lugar, nuestro trabajo lleva el nombre *Entre Mujeres* debido a que, como desarrollaremos mas adelante, las personas con quienes trabajamos durante el proceso de intervención preprofesional fueron mujeres cis, es decir, mujeres que se identifican con el sexo y género que les fue asignado al momento de nacer.

En segundo lugar, durante el trabajo utilizamos el término “Salud Sexual y (no) Reproductiva” debido a que aún persisten paradigmas, mandatos e ideas que vinculan la sexualidad únicamente a la reproducción, y entendemos necesario realizar esta distinción de manera constante.

En tercer lugar, si bien las normas APA 7ta edición sostienen que solo debemos nombrar a los autores por su apellido, creemos necesarios nombrar a los autores por su nombre y apellido ya que es una práctica del patriarcado invisibilizar a las mujeres y personas del colectivo LGBT+ en la producción de conocimiento.

Finalmente nos parece necesario aclarar que decidimos escribir nuestro Trabajo Final de Grado utilizando terminologías, modos de redactar y expresarnos que resulten accesibles para quien lee. Entendemos que es necesario reflexionar y cuestionar en cuanto a *para quienes* y *con quienes* escribimos desde el Trabajo Social. Como grupo buscamos construir conocimientos y experiencias que no solo queden en la academia, sino que puedan ser retomados en otros espacios, instituciones, organizaciones, entre otros; con el objetivo de aportar a la democratización de los saberes, entendiendo que *sin justicia epistémica no hay justicia social*. En este sentido damos cuenta que los lenguajes, pronombres y escritura en general que utilizamos hablan de posicionamientos políticos, éticos y epistemológicos.



## **Capítulo 1. Las sexualidades se construyen**

En este capítulo buscamos realizar un recorte teórico acerca del campo de la salud y la Salud Sexual y (no) Reproductiva, proponiendo un análisis político de este último y explicitando nuestros posicionamientos como equipo de tesistas.

Desde allí realizamos una reconstrucción socio histórica del campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva recuperando las luchas de los movimientos feministas y LGTBTTNBI+; los actores que disputan en este campo a nivel general y particular en la provincia de Córdoba. También recuperamos el marco normativo relevante para nuestro proceso y reflexionamos acerca de los sentidos construidos social y políticamente en torno a las sexualidades. Por último analizamos los abordajes de la SSynR desde los espacios de salud en general, poniendo el foco en la accesibilidad a Derechos Sexuales y (no) Reproductivos y en las responsabilidades socialmente asignadas a las mujeres en este campo.

### **1.1. ¿Qué implica pensar la salud como campo?**

Para comenzar a analizar y complejizar las prácticas vinculadas a la salud y la Salud Sexual y (no) Reproductiva (SSynR), consideramos necesario retomar la teoría de los campos sociales elaborada por Pierre Bourdieu (2010). Este autor sostiene que la sociedad se conforma por un conjunto de campos relativamente autónomos e interrelacionados; cada campo se vuelve un espacio de conflicto entre actores (con diferentes grados de poder) que luchan por adquirir, mantener o incrementar los capitales que allí circulan.

Posicionadas desde este lugar retomamos a Hugo Spinelli (2010) quien sostiene que entender a la salud como campo nos permite poner en tensión la idea de salud como un sistema, como un todo dividido en tres sectores (público, obras sociales y privado) que fragmenta y aísla la atención de la salud. Por el contrario, entender a la salud como campo nos posibilita complejizar la mirada, acercarnos a otra comprensión de la salud, mirando actores, intereses, capitales, conflictos y

disputas donde los actores que allí se encuentran; los cuales actúan de acuerdo a posicionamientos políticos, ideológicos y sentidos socialmente construidos.

En esta línea, reconociendo las múltiples dimensiones y actores que construyen al campo seleccionado (SSynR), traemos también la noción de campo problemático, el cual nos permite comprender la realidad social desde su complejidad para intervenir positivamente en su transformación. Siguiendo a Inés Arancibia (2018):

Entender a la intervención desde un campo problemático implica comprenderlo en su carácter conflictivo, de tensión permanente; un espacio relacional dinámico, controversial, atravesado por intereses, disputas de poder y contradicciones en las estrategias que despliegan los diversos actores presentes en ese campo, en esa “cancha” de juego, y que es necesario describir y analizar para comprender, de la forma lo más integralmente posible, como funciona ese campo y, fundamentalmente, cómo nos posicionamos en él, antes de orientar nuestra intervención. La clave estará en identificar y fundamentar nuestro posicionamiento subjetivo, sus condicionamientos, intencionalidades y nuestros márgenes de acción (p.4).

De esta manera, entendemos que el campo problemático seleccionado, Salud Sexual y (no) Reproductiva, se encuentra contenido dentro del campo de salud. En el mismo existen diferentes paradigmas y modos de comprender la salud, que constituyen y atraviesan el campo de la SSynR y las prácticas e intervenciones que se llevan a cabo en este. Recuperamos los aportes de Débora Ferrandini (2010), quien desarrolla tres concepciones políticas que existen y coexisten en el campo de la salud:

a) La concepción que entiende a la salud como ausencia de enfermedad, la cual reduce la noción de salud a una concepción biológica que busca eliminar a un enemigo externo. Retomando a Susana Belmartino (1988) este modelo se caracteriza por entender la salud de manera biologicista e individual, tecnocrática, medicalizante y de manera no igualitaria. Dentro de esta concepción biologicista se niega el carácter político de las enfermedades, y el único sujeto portador del saber

acerca de la salud es el profesional médico. Este paradigma se consolida desde el siglo XIX y se materializa en el Modelo Médico Hegemónico.

b) La concepción que entiende la salud como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social” (Débora Ferrandini, 2010, p.2). Esta forma de entender la salud surge desde la Organización Mundial de la Salud en la década de 1940; la misma se configura como un estado de salud que entendemos es inalcanzable en sociedades capitalistas, patriarcales, capacitistas y colonialistas.

c) Por último, aquella que entiende “la salud como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas” (Débora Ferrandini, 2010, p.5). Dentro de esta concepción, a la que adherimos, se visibiliza el carácter político de la salud, las relaciones de poder dentro del campo y la capacidad transformadora de los sujetos. Desde allí la salud no se reduce solo a dolencias físicas, sino que es entendida de manera integral y compleja; se entiende a los sujetos en el medio social y cultural del que son parte.

La Salud Sexual y (no) Reproductiva, al ser parte del campo de la salud en general, se ha visto atravesada y en muchos casos construida por los paradigmas antes mencionados. En este sentido nos gustaría hacer la siguiente aclaración retomando los aportes de Silvia Federici (2004): las prácticas vinculadas al cuidado de la sexualidad y a la autonomía sobre el propio cuerpo, son antiguas y diversas para las mujeres de distintos territorios y en múltiples momentos históricos. De allí que, los conocimientos que las mujeres han/hemos acumulado sobre estas prácticas tienen raíces ancestrales muy profundas y variadas; conocimientos que comprendemos han sido apropiados por la medicina, borrando e invisibilizando de esta forma los múltiples saberes ancestrales.

Esta apropiación y ocultamiento de las raíces ancestrales de la mayoría de las prácticas vinculadas al cuidado de la salud en general, tienen como resultado abordajes médicos individualizantes guiados por un supuesto saber científico verticalista, donde el sujeto médico<sup>1</sup> profesional es el único portador del saber. En el caso de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, esta

---

<sup>1</sup> Decimos “médico”, en masculino, porque entendemos que el sujeto de poder de la medicina tradicional y del Modelo Médico Hegemónico es un varón, heterosexual y blanco.

apropiación de saberes genera que, en muchos casos, las mujeres desconozcamos los procesos de nuestros propios cuerpos y/o no nos reconozcamos como protagonistas, con múltiples y diversos saberes de nuestras sexualidades y corporalidades.

En esta producción nos centraremos en el análisis e historización del campo Salud Sexual y (no) Reproductiva, en tanto escenario de intervención y regulación por parte del Estado Nacional y Provincial<sup>2</sup>. Sin embargo, queremos realizar esta aclaración, para que no se confunda este análisis e historización del campo problemático con el análisis e historización de las prácticas vinculadas a la sexualidad en general. Quien lea esta producción deberá tener en cuenta que hay mucho más en la historia y ejercicio de la salud sexual en Argentina y Latinoamérica de lo que describimos en las siguientes páginas.

## **1.2. ¿Qué entendemos por Salud Sexual y (no) Reproductiva?**

Aquello Salud Sexual y (no) Reproductiva es una construcción socio histórica dinámica, que varía a lo largo de los años y que se relaciona con los modos de entender y regular las sexualidades por parte del Estado; refiere a derechos y modos de vivir las sexualidades de personas, grupos y colectivos. Tanto el término “Salud Sexual y (no) Reproductiva”, como los derechos e intervenciones del Estado vinculadas a ella son relativamente nuevas.

Los primeros antecedentes en torno al campo, fueron las políticas destinadas al control del crecimiento demográfico. Al menos en América Latina, desde principios del Siglo XX, los estados y gobiernos (de los tres niveles) utilizaron las políticas de población de diversas maneras según intereses económicos y políticos (Griselda Meng, 2006). Sin embargo, a pesar de la variedad de abordajes y objetivos de las políticas en este campo, las destinatarias de las intervenciones prioritariamente fueron mujeres cis en edad fértil, que mantienen relaciones heterosexuales.

---

<sup>2</sup> Mencionamos el Estado Nacional ya que el escenario de intervención se sitúa en el Hospital Nacional de Clínicas. Además, gran parte de las normativas vigentes que se recuperan para analizar el campo de la SSynR se encuentran bajo la responsabilidad de la Nación.

Mencionamos al Estado provincial en tanto gran parte de las intervenciones que se llevan a cabo en este Hospital se encuentran reguladas a partir del programa provincial de Maternidad y Procreacion Responsable.

En Argentina, estas políticas tuvieron grandes variaciones a lo largo del tiempo: desde 1930, orientados por objetivos geopolíticos y preocupación por el bajo crecimiento poblacional, las políticas demográficas se centraron en aumentar la fecundidad y natalidad. En esta línea, las intervenciones del Estado popular en este periodo estaban dirigidas a mujeres, representadas como eje clave de la familia y la reproducción de la fuerza de trabajo (Griselda Meng, 2006).

Por el contrario, a partir de 1960 y con el auge del Desarrollismo en América Latina, las políticas demográficas en nuestro país se orientaron al control y reducción del crecimiento poblacional, ya que un aumento no controlado de la natalidad se consideraba un obstáculo para el desarrollo económico y social de los países. Estas políticas se impulsaron con más fuerza entre los años 1960 y 1980 y estuvieron dirigidas sobre todo a mujeres cis de sectores populares. Retomando a Nina Zamberlin (2004) los Estados Latinoamericanos le dieron tal importancia a la disminución de la natalidad, que algunos programas y políticas de control demográfico vulneraron y avasallaron Derechos Humanos de las mujeres; ejemplo de esto son la imposición de métodos anticonceptivos y las esterilizaciones forzadas a mujeres de sectores populares y pueblos originarias, entre otras.

En los años posteriores, las intervenciones del Estado Argentino en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, fueron diversas y persiguieron objetivos variados. En algunos momentos, lograron obstaculizar el acceso de mujeres a la salud reproductiva y a los métodos anticonceptivos, como sucedió con el decreto 659 de 1974 y durante la última dictadura cívico militar eclesiástica. Pero en otros momentos, y orientados por cambios en el campo a nivel internacional, se buscó desde el Estado incentivar la “paternidad responsable” y el conocimiento y cuidado de los aspectos relacionados a salud sexual (Griselda Meng, 2006).

A pesar de que resulta claro, queremos resaltar el hecho de que las políticas demográficas y de población no eran diseñadas buscando respetar los derechos de las mujeres a la Salud Sexual y (no) Reproductiva, sino más bien poniendo el foco en los objetivos políticos, económicos y sociales de los gobiernos. Esto implica que “tradicionalmente las políticas públicas dirigidas a *la mujer* en Argentina han respondido a criterios en los que la población femenina no era sujeto de derechos

sino a través de la familia o la pareja” (Griselda Meng, 2006, p.94), y particularmente ligadas a la función reproductiva.

Fue con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo (1994), que se estableció la primera definición en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, la cual era entendida como un derecho humano. Esta definía a la “salud reproductiva” como:

un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho *del hombre y la mujer* a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de *la mujer* a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a *las parejas* las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (Programa de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1995, p.65).

Al año siguiente de realizarse la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, se lleva a cabo la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995). Durante la misma se establecieron múltiples objetivos, como así también las acciones a llevar a cabo por parte de los Gobiernos Nacionales<sup>3</sup>. Estos objetivos se establecieron con el fin de erradicar y/o disminuir las múltiples desigualdades de género existentes que fueron identificadas durante la conferencia.

---

<sup>3</sup> Gobiernos Nacionales que formaban parte del organismo internacional “Naciones Unidas”.

Específicamente para colaborar con este análisis y la reconstrucción histórica y política del campo, nos interesa recuperar los siguientes objetivos que se encuentran en el eje temático “la mujer y la salud”:

- 1) “Aumentar el acceso de las mujeres a lo largo del ciclo de vida a una atención médica, información y servicios relacionados apropiados, asequibles y de calidad”
- 2) ”Emprender iniciativas sensibles al género que aborden las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y los problemas de salud sexual y reproductiva”
- 3) ”Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer”

Comprendemos que estos objetivos son de suma importancia, ya que se reconoce y demarca la responsabilidad de que los gobiernos nacionales destinen mayor presupuesto a un sistema de salud público, universal y de calidad para las mujeres. Un sistema que no solo se encargue de “las dolencias o malestares”, sino que se ocupe de generar intervenciones que respeten la integridad de las personas; como así también el propio consentimiento a la hora de realizar algún estudio, práctica y/o medicación; trabajando también desde la prevención y promoción.

A su vez estos objetivos visibilizan la escasa o nula investigación (y el escaso financiamiento) en los métodos anticonceptivos que son dirigidos exclusivamente a mujeres, sin prever riesgos o efectos adversos que los mismos pueden provocar en el cuerpo. Esto nos parece sumamente importante ya que genera grandes rupturas a la hora de comprender SSynR, en contraste con las políticas llevadas a cabo años anteriores. (Conferencia Mundial Sobre la Mujer, 1995).

Comprendemos que la Conferencia del Cairo (1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995) marcan un quiebre con las políticas de control demográfico al definir la Salud Sexual y (no) Reproductiva dentro del marco de los derechos humanos. Esta nueva comprensión institucionaliza un cambio de paradigma que comenzó a gestarse y reivindicarse desde los movimientos sociales y políticos de mujeres de los años anteriores (Nina Zamberlin, 2004).

Si bien las conferencias internacionales y las luchas sociales lograron instalar nuevos paradigmas y abrieron caminos para el ejercicio de los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos;

estos cambios no fueron adoptados de manera unívoca y lineal por las sociedades y los Estados de América Latina (Griselda Meng, 2006). En Argentina, el recorrido hacia legitimación social y la institucionalización jurídica de los derechos sexuales fue - y es - complejo y contradictorio debido a la diversidad de actores e intereses presentes en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva. Ahondaremos sobre este punto en el apartado siguiente.

El nuevo paradigma de la SSynR que comienza a surgir desde los años 90, incorpora por primera vez la noción de sexualidad, la cual no había sido mencionada en las políticas de control demográfico. De esta manera ambas conferencias internacionales, introdujeron y visibilizaron la necesidad de que las intervenciones en el campo de la SSynR se desplazaran de las lógicas demográficas hacia la perspectiva de Derechos Humanos; poniendo el foco en la promoción<sup>4</sup> y visibilizando el reconocimiento de la autonomía reproductiva y sexual como un derecho humano básico (Nina Zamberlin, 2004). A su vez con el surgimiento de este nuevo paradigma se comenzó a visualizar por primera vez la noción de “responsabilidades compartidas” en el ejercicio de las sexualidades. Noción que entendemos fundamental para generar quiebres con la responsabilidad históricamente asignada a las mujeres.

Recuperando los aportes de Nina Zamberlin (2004), algunos de los principios que regían este nuevo paradigma fueron:

a) *El abordaje integral*: en contraste con las políticas de control demográfico donde la atención era solo puesta en el control de la natalidad, el nuevo enfoque propone un abordaje más amplio de todos los aspectos vinculados a la sexualidad y reproducción. Esto implica reconocer la salud sexual no solo desde lo biológico, sino también desde las implicancias psicológicas, sociales y culturales e impulsar intervenciones de carácter intersectorial entre instituciones de salud, educativas y de promoción social.

---

<sup>4</sup> Como arriba mencionamos, la promoción como estrategia fue impulsada por medio del nuevo paradigma que surge a partir de los años 90. De esta forma, se esperaba que los gobiernos (que conforman los tres niveles) destinen parte del gasto público al diseño y ejecución de diversas políticas y programas en Salud Pública. Recuperando a Dina Czeresnia (2017) se comprende a la promoción como el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con los múltiples condicionantes que impactan en los procesos de salud.



b) *La equidad de género*: señala la necesidad de reconocer las desigualdades de género que afectan el ejercicio de la sexualidad plena para las mujeres y la responsabilidad de los estados por revertirlas. Esto refiere no solo al poder desigual entre varones y mujeres en los procesos vinculados a la sexualidad; sino también a los objetivos de las políticas públicas y a los modos de abordaje de la SSynR por parte de los servicios de salud.

c) *La sexualidad como componente central*: aunque limitada a la heterosexualidad, fue la primera vez que se diferenció la sexualidad de la reproducción y se impulsó a los estados a realizar intervenciones y abordajes incluyendo esta noción.

d) *El rol del varón*: en ambas conferencias se destacó la necesidad de romper con los roles de género asignados y la dominación masculina; se impulsó la participación de los varones en el cuidado y la toma de decisiones sobre la Salud Sexual y (no) Reproductiva. Este interés en el “rol del varón” estuvo vinculado a la expansión del virus de VIH y el preservativo como método clave para evitar la transmisión por vía sexual.

Entendemos que el surgimiento del nuevo paradigma y sus principios centrales, fueron posibles gracias a las históricas luchas y reivindicaciones por parte de los movimientos de mujeres y los movimientos LGBTTTNBI+. Estos movimientos se posicionaron frente, y en el Estado, y reclamaron (y aún reclaman) autonomía sobre los procesos vinculados a la Salud Sexual y (no) Reproductiva; generando no solo cambios en la comprensión de esta a nivel internacional, sino también la sanción de nuevos derechos plasmados en diversas leyes de nuestra región y país. En este sentido, y a los fines de la reflexión sobre nuestro proceso de prácticas, decidimos analizar las siguientes leyes:

a) En primer lugar, recuperamos la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) y su respectivo Programa (2003), en adelante PNSSyPR. Sancionados con el objetivo de “garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable” (Ley 9.073, 2003, art.2).

El proceso de discusión y sanción de esta política, a pesar de que estuvo plagado de contradicciones y obstáculos marcó un antes y un después con respecto al abordaje del Estado Argentino en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva. Por primera vez en la historia de nuestro país el Estado Nacional se posicionó como responsable de la provisión de servicios de salud reproductiva, lo que quiere decir que la SSynR se institucionalizó como derecho (Nina Zamberlin, 2011). Este programa pone como prioridad la provisión gratuita y universal de métodos anticonceptivos; la promoción y difusión de temas vinculados a la sexualidad y reproducción; la capacitación de los equipos de los servicios de salud en este campo y en la calidad de la atención; y además sienta las bases para la implementación de programas de educación sexual, entre otras.

Entre sus objetivos, el programa se centra en:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable (Ley 25.673, 2002, art. 2).

Recuperamos esta política porque actualmente el PNSSyPR sigue siendo el eje central de las intervenciones en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva en el ámbito de la salud pública. En nuestro proceso de prácticas preprofesionales pudimos reconocer la importancia del mismo y el cambio de paradigma que establece con respecto a abordajes desde la perspectiva del control

demográfico. Sin embargo también pudimos reconocer que esta política está dirigida principalmente a mujeres cisgenero y aborda la sexualidad desde lo (no) reproductivo, dejando por fuera otros aspectos centrales del campo. Nos parece necesario remarcar que, si bien en 2002 luego de varios años de políticas neoliberales en el país se sancionó la Ley Nacional 25.673 (PNSSyPR), también se redujo drásticamente el presupuesto público destinado a la salud pública; proceso que estuvo acompañado de la autogestión hospitalaria y las gestiones descentralizadas. Volveremos sobre este punto en el capítulo 2.

b) En segundo lugar, recuperamos la Ley 26.150 que sanciona el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Esta política institucionaliza el derecho de les estudiantes a recibir Educación Sexual Integral en los espacios escolares (tanto públicos como privados) de todo el país desde el año 2006. En sus lineamientos curriculares generales se establece que la sexualidad debe ser reconocida desde sus múltiples dimensiones y atravesamientos sociales y culturales; y no meramente desde lo reproductivo/médico.

Si bien está dirigida principalmente a juventudes y niñeces que transitan ámbitos escolares, recuperamos esta ley en tanto permite visibilizar e institucionalizar *otras experiencias-intervenciones* en la construcción de salud sexual desde múltiples espacios, más allá de las instituciones de salud. Entendemos que la sanción de esta normativa permitió -y permite- descentralizar las intervenciones y a su vez reconocer las múltiples dimensiones que hacen a las sexualidades de las personas: placer, vínculos, emocionalidad, reconocimiento del propio cuerpo y el de otros, etc. De manera general, esta ley se constituyó en un marco y antecedente necesario para introducir propuestas de SSynR desde la integralidad en nuestro proceso de prácticas.

c) En tercer lugar, recuperamos la Ley Nacional 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020) que legaliza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a su vez regula la atención postaborto. En el marco de esta normativa, el Estado Argentino asume la responsabilidad, en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con

capacidad de gestar, de respetar la autonomía de los sujetos acerca de su propio cuerpo y de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

A partir de las históricas y extensas luchas sociales que reclaman la despenalización y el reconocimiento del derecho al aborto desde los años 80 en nuestro país, finalmente en el año 2020 se logra la sanción de la ley que reconoce el derecho a interrumpir un embarazo hasta la semana catorce. La nueva normativa también establece los derechos y las condiciones mínimas que debe garantizar y respetar el personal de salud en la atención del aborto y del postaborto: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, con estándares de calidad y acceso a la información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles (Ley 27.610, 2020, art. 5).

Retomamos esta normativa, ya que en nuestro proceso de prácticas preprofesionales fue un eje central en las intervenciones diseñadas y llevadas a cabo. Esta ley y los procesos sociales que implicó, nos invitan a comprender la Salud Sexual y (no) Reproductiva de manera amplia e integral, como un proceso colectivo en el que no solo intervienen aspectos biológicos e individuales, sino también y fundamentalmente atravesamientos sociales, culturales y de representaciones sociales que son determinantes en los modos de vivir y disfrutar (o no) de la sexualidad.

### ***1.2.1. Movimientos feministas y LGBTTTNBI+: históricas luchas y posicionamientos que construyen prácticas***

Recuperando el planteo de campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, podemos decir que en este coexisten diferentes actores, algunos de ellos buscan obstaculizar la ampliación y la accesibilidad de los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, tales como los sectores religiosos; y otros luchan por construir sexualidades libres, autónomas, buscando ampliar derechos y su implementación: movimientos feministas, LGBTTTNBI+ y de defensa de Derechos Humanos.

Como venimos mencionando, los movimientos feministas y LGBTTTNBI+ históricamente, de diversas maneras y en distintos espacios (en las calles, las comunidades, las casas, las camas), vienen transformando los modos de habitar el mundo. Estas transformaciones fueron, no solo

visibilizando y denunciando las desigualdades y las violencias contra las mujeres - y todes quienes no entran/entramos en el modelo “universal” de ciudadano - sino también transformando y generando prácticas de resistencia (Juan Marco Vaggione, 2021).

En relación con el recorte que hacemos para nuestro Trabajo Final de Grado, consideramos necesario mirar cómo los movimientos feministas y LGTBTTNBI+ fueron disputando y transformando discursos, prácticas, modos de regular (o no), y de intervenir por parte del estado en relación a la sexualidad y la salud sexual. Las luchas por los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos permiten poner en cuestión “las fronteras morales sobre las que se asienta la ciudadanía” (Juan Marco Vaggione, 2017 p.6). En este sentido recuperamos el concepto de ciudadanía sexual el cual permite problematizar esta noción:

El concepto de ciudadanía, en sus orígenes históricos, refiere a derechos universales que gozaban los varones, blancos y propietarios. La especificidad de la construcción del concepto de ciudadanía sexual se genera en un campo de lucha de las mujeres, heterosexuales, lesbianas, gays, travestis, transexuales, transgéneros, que ven sus derechos cercenados en función de sus identidades de género y sexualidades. Cada derecho sexual ganado amplía otros derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales (Maria Teresa Bosio y Rossana Crossetto, 2020, p. 14).

Recuperamos la categoría de ciudadanía porque nos resulta importante para analizar la lucha por los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, pero antes de continuar creemos necesario hacer la siguiente aclaración: esta categoría fue históricamente excluyente para el acceso a derechos, y si bien se fue ampliando a partir de las luchas de diferentes movimientos sociales, al día de hoy continúa siendo excluyente como sucede con las personas migrantes (entre otras). Como grupo nos posicionamos desde la perspectiva de los Derechos Humanos lo que implica entender que todas las personas son sujetos de derechos por el hecho de ser personas, más allá de la situación que tengan en relación a su ciudadanía.

Recuperando la categoría de ciudadanía sexual, consideramos que la misma se ve expresada en leyes, normativas, políticas públicas, entre otras. Este concepto visibiliza y politiza las formas en que las leyes han construido y construyen las sexualidades. Lo que en términos de Juan Marco Vaggione (2017) ha sido históricamente (y aún continúa siendo) una contrucción hipermoralizada del sexo-género que responde (en gran parte) al impacto del catolicismo en América Latina.

Las religiones han sido, y aún son, una de las principales influencias en la jerarquización de las prácticas e identidades sexuales. Las distintas tradiciones religiosas (sobre todo las occidentales) son centrales para entender las formas en que se legitima de forma diferenciada las prácticas e identidades sexuales. En tanto fábricas morales, las religiones han generado y sostenido los principales andamiajes que sujetan la sexualidad a órdenes restrictivos y jerárquicos (Juan Marco Vaggione, 2019, p.54).

Estos sectores constantemente reaccionan ante los avances de los feminismos y movimientos LGTBTTNBI+. Siguiendo la nota del diario La Tinta, “*Los trofeos del oscurantismo cordobés*” (2020), estos actores obstaculizan tanto la sanción e implementación de leyes, como la ruptura o crítica de los sentidos culturales instalados socialmente en cuanto a las sexualidades. Ejemplo de esto son los distintos amparos que la organización “sin fines de lucro” Portal de Belén (representada por los sectores ultracatólicos de Córdoba) ha presentado en la justicia de Córdoba. Estos sectores han obstaculizado el funcionamiento del protocolo de Interrupción Legal del Embarazo, la distribución de anticonceptivos y la venta de anticonceptivos de emergencia. A principios del año 2021 la misma organización, en conjunto con funcionarios del gobierno de la Provincia de Córdoba, intentaron restringir la aplicación de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Otra expresión de las estrategias de la Iglesia frente a los avances de los movimientos feministas y LGTBTTNBI+ es la campaña “CON MIS HIJOS NO TE METAS” contra la supuesta “ideología de género”, buscando obstaculizar la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral. Según las iglesias católicas y evangelistas esta “ideología” va en contra de la “naturaleza

humana” donde se nace varón o mujer, y por supuesto heterosexual; en tanto condición para formar una pareja en el matrimonio con el objetivo de la reproducción (Vaggione 2017).

En este sentido reconocemos a la medicina y al Modelo Médico Hegemónico (MMH) como regulador y productor de sexualidad. Este modelo también se materializa en leyes, políticas públicas, discursos de “expertos”, en la formación de “profesionales de la salud” y en las prácticas en el ámbito de la salud pública, entre otros; impactando de forma directa en la salud sexual de las mujeres.

Ampliando lo que mencionamos anteriormente, siguiendo el planteo de Susana Belmartino (1988), el Modelo Médico Hegemónico reduce la salud a lo biológico e individual y a su vez medicaliza las prácticas sociales. Paralelamente obstaculiza la democratización del saber en torno a la salud sexual, ya que presenta y configura al saber médico como el único válido y legítimo. Esto genera como consecuencia una relación de sometimiento médico-paciente, donde el médico monopoliza todo el saber negando a los sujetos la posibilidad de decidir con autonomía en relación a los procesos de salud, tanto individuales como colectivos. Ejemplos de esto es la negación de los deseos y derechos de las mujeres, expresada en la violencia obstétrica y ginecológica, o también la reducción de la salud sexual a la reproducción como único destino deseable y aceptable para las mujeres, entre otros.

Como ya dijimos, los movimientos de mujeres y LGBTTTNBI+ vienen generando estrategias de resistencia y transformación del orden patriarcal, colonial, capitalista y capacitista, de manera ancestral. Transformaciones que leemos desde la concepción de “la salud como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas” (Débora Ferrandini, 2010, p.5) desde la cual nos posicionamos y adherimos como grupo.

En lo que refiere a los procesos de salud sexual de las mujeres, en los últimos años, las socorristas han sido actoras claves en tanto militancia feminista que específicamente actúa en lo que refiere al acceso al aborto. El Socorrismo surge y se visibiliza como una estrategia colectiva y feminista de acompañamiento a personas que desean interrumpir un embarazo por fuera del sistema

formal de salud, en los años previos a la sanción de la Ley de IVE. Entendemos que este activismo construye otras prácticas de salud corriéndose de las lógicas del MMH: acompañamiento entre mujeres y personas con capacidad de gestar, acceso a la medicación, información y saberes sobre las prácticas en relación al aborto, construyendo conocimientos en conjunto con las mujeres que acompañan (Gabiela Morales, 2020).

A su vez las prácticas socorristas fueron y van instalando nuevas ideas y sentires en relación al aborto, habilitando otras experiencias al acompañar a mujeres y personas con capacidad de gestar a realizar esta practica de manera segura, en espacios confiables, confidenciales y respetuosos. De esta manera fueron y siguen promoviendo “la desclandestinización y descriminalización social del aborto, una practica tan cotidiana como silenciada” (Entrevista a Gabriela Morales realizada por la Tinta, 2020).

Son vastos los ejemplos de encuentros entre mujeres que en el intercambio de ideas, sentimientos, experiencias, nos identificamos, nos agrupamos, denunciemos las problemáticas que tenemos, y construimos conocimiento. En este sentido es oportuno mencionar el papel de los Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe, que vienen desarrollándose desde el inicio de los años 80. (Analía Bruno, 2007, p. 89).

En Argentina los Encuentro Plurinacionales de Mujeres, Lesbianas, Trans, Travestis, Bisexuales y No Binaries (así nombrados desde 2019) dieron lugar a la generación de, por ejemplo, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (Analia Bruno, 2007). Esta campaña, que surge de la organización de Mujeres Lesbianas, Trans, Travestis, Bisexuales y No Binaries, fue -y es- el espacio político y de militancia que, desde el año 2005, dio la lucha en todo el país por este derecho con el lema: “educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”. Esta campaña reúne a más de 280 espacios políticos, organizaciones sociales, organismos de Derechos Humanos, trabajadores de la salud, sindicatos, espacios culturales, entre otros. Fue gracias a la lucha organizada que en el año 2020 se logró sancionar el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.



### ***1.2.2. Disputas de sentidos en la construcción de las sexualidades***

Si analizamos el contexto actual, podemos dar cuenta que existen grandes y poderosas transformaciones en las políticas de Salud Sexual y (no) Reproductiva. Reconocemos que es con la sanción y la implementación de nuevos derechos sexuales, tales como la Ley de IVE, que la población destinataria deja de ser exclusivamente mujeres cis. Es decir, por primera vez políticas que reglamentan e institucionalizan prácticas no reproductivas contemplan<sup>5</sup> otras identidades de género.

Si bien estas transformaciones amplían los derechos sexuales y a la vez reconocen otras poblaciones más allá del binarismo de género<sup>6</sup>, no debemos dejar de contemplar de forma crítica el trasfondo histórico de las políticas y normativas en SSynR. Como ya mencionamos, históricamente las destinatarias de estas políticas fueron mujeres cis en edad fértil, que mantienen relaciones heterosexuales, situación que encuentra directa correlación con las políticas de control demográfico, pero no se agota solo en estas. En este sentido es que afirmamos que existe una correlación entre género y salud sexual que debe ser cuestionada.

Retomando los aportes de Mari Luz Esteban (2006), históricamente y de forma naturalizada, las mujeres han/hemos sido consideradas como meras reproductoras biológicas, como aquellas encargadas y destinadas del cuidado de *la familia*; de allí que la maternidad fue pensada como el único fin válido, necesario y esperable. En opuesto a esta posición social subordinada, los varones fueron considerados como aquellos con el suficiente poder e intelecto para encargarse de todas las tareas pertenecientes a lo productivo en el mundo público: las tareas asalariadas. En este sentido la paternidad aparece como un hecho social variable, que no interfiere con las actividades productivas para las que fueron designados.

---

<sup>5</sup> Siguiendo el texto de la Ley 27.610 “Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a la interrupción voluntaria del embarazo”

<sup>6</sup> Se entiende por binarismo de género a un patrón de poder que establece dos únicos géneros: masculino y femenino, y los atribuye a dos únicos sexos (entendiendo la noción de “sexo de forma biológica y natural). El sexo femenino va unificado al género mujer, y el masculino, al género hombre.

Esta desigualdad de posiciones sociales, netamente binarias entre varones y mujeres, encuentra legitimidad a partir de la consolidación del nuevo orden social, económico, político y científico, impulsado por sociedades capitalistas, patriarcales, coloniales y capacitistas. Es con este nuevo orden social que se establece un sistema de poder y dominación que se inscribe en el cuerpo y la biología: el biopoder<sup>7</sup> en términos de Michel Foucault. Es decir, estas posiciones sociales comienzan a mostrarse como “naturales” a partir de un fundamento fuertemente “biológico” que justifica y a la vez legitima las formas de actuar, sentir y desear en estas sociedades. Parafraseando a Mari Luz Esteban (2006), este poder no fue -ni es- solamente ejercido por el gobierno mediante sus políticas, sino también se construye y legitima por medio de los discursos de “los expertos” de las ciencias médicas, que se generan y/o investigan sobre el cuerpo de las mujeres.

En esta línea, el hecho de que ciertas mujeres sean consideradas las destinatarias de las políticas en SSynR no es ninguna novedad, ni casualidad. A partir de estos discursos de poder, generados por el MMH, se establece la heterosexualidad como la única forma legítima posible de relacionarse, con el fin de la reproducción. Es decir, al prefijar la maternidad y las tareas de cuidado como el único destino posible en la vida de las mujeres, también se establece todo un sistema normativo binario que condiciona y sanciona las formas de relacionarse y de vivir la propia sexualidad. Un ejemplo de esta situación es que no existan métodos de barrera<sup>8</sup> para personas con vulva que mantienen/mantenemos relaciones entre sí; ya que los métodos siguen estando muy ligados a la reproducción y no hay un interés científico y político de ampliar estos límites impuestos.

Entendemos que con la reciente sanción de IVE, se genera una ampliación en los derechos no reproductivos, lo que posibilita que mujeres y personas con capacidad de gestar podamos decidir sobre nuestros propios cuerpos y trayectorias de vida, con prácticas seguras y cuidadas. De igual manera, sigue existiendo una responsabilidad asignada social e históricamente a las mujeres en el

---

<sup>7</sup>En términos de Foucault se define al biopoder como la forma que los Estados Modernos generan e institucionalizan diferentes prácticas con el fin de controlar la población y disciplinar los cuerpos.

<sup>8</sup> Entendemos por métodos de barrera a aquellos métodos como el preservativo de látex, que por medio de su uso, evita las infecciones de Transmisión Sexual. No mencionamos a los métodos barreras como métodos de anticoncepción porque entendemos que no en todos los encuentros sexuales hay posibilidad de reproducción.

uso de métodos anticonceptivos; situación que en muchas ocasiones genera violencia sexual, desigualdad de goce, desigualdad económica, entre otras. Aún hoy, las prácticas anticonceptivas destinadas a personas con pene siguen siendo muy poco elegidas, según una estadística del Ministerio de Salud de cada 1 vasectomía se realizan 26 ligaduras tubarias (Diario democracia, 2021).

Para analizar las desigualdades que atraviesan a las mujeres en la accesibilidad a las políticas en Salud Sexual y (no) Reproductiva, consideramos necesario retomar el concepto de interseccionalidad:

De acuerdo a lo establecido por Viveros Vigoya (2014), la interseccionalidad, además de ser un paradigma, es una herramienta de análisis social; permite entender e interpretar de forma compleja la cuestión social. Asimismo, evidencia y profundiza en el cruce y la combinación de las identidades de género, clase, raza, edad y otras que se traducen en las acciones de dominación y opresión que viven especialmente las mujeres y los cuerpos feminizados. Por otro lado, también hace visibles las relaciones de poder y su impacto sobre las personas individuales o colectivas, complejizando la mirada sobre la producción de desigualdades (Delmy Tania Cruz Hernández y Manuel Bayón Jiménez, 2020, p. 65 - 66).

La autora Mara Viveros Vigoya (2016) propone recuperar este concepto en un sentido práctico y no solo como una teoría de opresión general. En este sentido, consideramos que analizar las múltiples y variadas interacciones entre el patriarcado, capitalismo, colonialismo, capacitismo y otros sistemas de opresión (de forma situada, microsocio y macrosocio) nos posibilita una lectura más integral y compleja de estas desigualdades.

Creemos de suma importancia recuperar el análisis de Silvia Federicci (2004) en tanto nos ayuda a comprender y visibilizar las intersecciones que produce el capitalismo en la vida de las mujeres, de una forma crítica a la visión tradicional de entenderlo. El capitalismo se configura como uno de los patrones de poder que genera múltiples desigualdades sociales, económicas y

ambientales, con el fin de la reproducción y acumulación de capital. En este sistema el trabajo doméstico y de cuidado (invisibilizados como tales), como así también la posición social que ocupan las mujeres, juega un rol fundamental para el desarrollo y funcionamiento del mismo.

Entendemos que el hecho de invisibilizar y naturalizar los trabajos realizados por las mujeres (el trabajo doméstico, de crianza, de cuidado, comunitario, entre otros) genera que no sean rentados y reconocidos como tales. Y a su vez cuando las mujeres acceden a trabajos rentados y reconocidos, el salario suele ser menor al de los varones. Las dobles o triples jornadas laborales que realizan las mujeres tienen como consecuencia una gran brecha salarial que se ve reflejada en la feminización de la pobreza. En palabras de Silvia Federicci (2004) en este sistema se genera una “mecanización del cuerpo proletario”, en donde las mujeres viven cotidianamente en la sobrecarga de trabajos. Situación que genera una expropiación de sus propios cuerpos, deseos y sentires.

Para finalizar consideramos que para abordar e intervenir en el campo de la SSynR, es de suma importancia recuperar las disputas de sentidos que atraviesan la construcción de las sexualidades. Se vuelve urgente seguir disputando y cuestionando con qué corporalidades (y cuáles no), qué identidades (y cuáles no), qué orientaciones sexuales (y cuáles no) y desde qué lógicas aún se siguen pensando y ejecutando las políticas en SSyNR. Desde hace tiempo, las históricas luchas desde los feminismos y movimientos LGTBTTNBI+ y estudios de género nos vienen mostrando la importancia de pensar e incluir la interseccionalidad como punto de partida, para poder complejizar y dar cuenta las intersecciones entre los sistemas de opresión; y como estas configuran y determinan la accesibilidad a los sistemas de salud.

### **1.3. Espacios de salud: ¿cómo se construye Salud Sexual y (no) Reproductiva?**

El campo de la salud en Argentina está conformado (institucionalmente) por el sistema público, el privado y el de seguridad social. En este apartado buscamos centrar la mirada en el sistema público de salud, en tanto sistema en donde realizamos esta experiencia de intervención; sin embargo, comprendemos que estos sistemas están interrelacionados y que las normativas a nivel nacional afectan e incluyen a los sistemas privados y de seguridad social.

Como mencionamos anteriormente, en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva las intervenciones del Estado se basan sobre todo en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; pero ¿qué implica esto en las intervenciones cotidianas desde los servicios de salud públicos?. Siguiendo los lineamientos del programa, la implementación abarca (o debería abarcar):

- Entrega de insumos a las provincias para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/os usuarias/os, con asesoramiento o consejería en salud sexual especializada. Los insumos de Salud Sexual y (no) Reproductiva que distribuye el Programa actualmente son preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados, y anticonceptivos hormonales de emergencia; dispositivos intrauterinos (DIU) y métodos “irreversibles”: ligadura tubaria y vasectomía. Además garantiza la cobertura gratuita de los Métodos Anticonceptivos (reversibles y no reversibles) por las obras sociales mediante el Programa Médico Obligatorio.
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales, para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- Capacitación a los equipos de salud mediante la articulación con el Programa de Médicos Comunitarios.
- Producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión relacionados con el tema.
- Actividades de comunicación social y campañas.
- Articulación de actividades con áreas y programas de la Secretaría de Programas Sanitarios: Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS, Plan Nacer, la Dirección de Maternidad e Infancia, Programa de Médicos Comunitarios, la Dirección de Programas Sanitarios la Dirección Nacional de la Juventud y el Programa Familias del Ministerio de Desarrollo Social y Organizaciones no

gubernamentales: científicas, de desarrollo comunitario, académicas (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, 2003,p.2).

Además del Programa Nacional de SSyPR, las intervenciones en este campo también se dirigen a la atención de las interrupciones del embarazo (con atención pre y post aborto), a las consejerías en salud sexual, al trabajo para la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral, entre otras.

Como venimos desarrollando existen tensiones y disputas constantes en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva y los espacios de salud también son parte de esas disputas:

Las instituciones de salud se ven atravesadas por esos cambios legales y formales y deben -debieran- procesar en su interior nuevos códigos organizativos y de gestión que protejan los derechos y no vulneren a los sujetos en sus identidades. No obstante, con el devenir del tiempo y en todos los planos: político, social, educativo, cultural, económico y tecnológico (Hopenhayn, 1993; Di Marco, 2009), persisten obstáculos vinculados al acceso y a las modalidades de intervención, despolitizando el asunto e intentando colocarlo nuevamente en el terreno personal, íntimo y privado. En consecuencia, la existencia de obstáculos de tipo ideológicos/personales, profesionales, legales y políticos nos hablan de las distancias entre la enunciación de un derecho y las posibilidades de su ejercicio (María Teresa Bosio y Rossana Crosetto, 2020, p.15).

Al ser el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva un campo complejo de interrelaciones e intereses entre distintos actores, muchas veces son los sectores conservadores y religiosos quienes logran obstaculizar el ejercicio de la salud sexual. Tal es el caso ya mencionado del amparo presentado por el Portal de Belén en Córdoba para obstaculizar el acceso aborto legal antes del 2020. Este amparo y esta organización fueron responsables de que en toda la Provincia de Córdoba, solo hubiera dos hospitales de jurisdicción nacional (Hospital Universitario de Maternidad

y Neonatología y el Hospital Nacional de Clínicas) habilitados para hacer interrupciones del embarazo antes de la sanción de la ley.

Las disputas de sentidos que llevan a cabo estos y otros sectores, tienen repercusiones profundas en los servicios de salud. Al respecto, Rosana Crosetto y Maria Teresa Bossio (2020) en su texto “Ciudadanía Sexual y atención primaria de la salud”, desarrollan sobre los significados, creencias y prácticas de los agentes de salud en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, en Córdoba. Es en este artículo que expresan qué:

El consenso se asienta, primordialmente, en la reproducción. Entendida como derecho al control de la procreación, y la seguridad de no contagiarse de enfermedades de transmisión sexual. El modelo de atención centrado en la atención de los cuerpos de las mujeres - madres o futuras- y en un abordaje de la consulta individual, responde a la lógica de una sexualidad normativa, supuestamente natural, y reproduce la concepción de familia nuclear y heterosexual (p.6).

Es entonces que se vuelve una tarea muy compleja encontrar profesionales que trabajen en salud sexual desde el respeto y compromiso con los derechos, sobre todo cuando hablamos de interrupciones del embarazo. Retomando el informe de “Violencias en Acceso al Aborto” realizado por la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir (2021), se visualiza que mas allá de la sanción de la Ley 27.610 aún siguen presentes situaciones que obstaculizan el acceso. Entendiendo a estos obstáculos como:

diferentes barreras que dilatan la concreción de la decisión de interrupción ya tomada por la persona gestante; pueden ser de carácter administrativo, burocrático y geográfico que abarca desde la solicitud de estudios innecesarios hasta la interrupción, negarse a brindar información o el intento de convencer a quien solicita una interrupción que cambie su decisión cuando asiste a consejerías en servicio de gineco-obstetricia. Producto de estas barreras, presentes en el 15,2% de los casos registrados, es que a la hora de concretar la

decisión de interrumpir un embarazo, las personas gestantes empiezan un recorrido por varias instituciones médicas hasta dar con una que pueda atender su necesidad, ya que por diferentes motivos no todas lo hacen.

Es a partir de estas ideas y prácticas conservadoras que las mujeres tenemos que por ejemplo: ir a 3 hospitales antes de realizar la interrupción del embarazo, o somos obligadas a escuchar los latidos del corazón del feto al hacer la ecografía pre-aborto, o nos niegan la ligadura tubaria por no haber tenido hijos o ser jóvenes con la excusa de “te vas a arrepentir” (La tinta, 2018).

Estas situaciones (entre otras) son formas de violencia y coerción que las mujeres debemos atravesar cotidianamente en el ejercicio de la Salud Sexual y (no) Reproductiva en espacios de salud pública; y son producto de las estructuras de poder que pesan sobre las mujeres y nos quitan la libertad y la posibilidad de decisión sobre nuestro propio cuerpo y salud sexual.

Por otro lado, reconocemos también que los procesos que obstaculizan la implementación de las leyes a veces son impulsados por decisiones políticas de gobierno (tres niveles), por ejemplo al limitar el presupuesto para el abordaje de la violencia de género y de los servicios de salud sexual en el ámbito público. En este sentido, durante el primer año de la pandemia de Covid 19, los abordajes en salud pública estuvieron en gran medida destinados a la contención de la situación sanitaria. Esto llevó a que otros programas e intervenciones, entre ellos los relacionados a Salud Sexual y (no) Reproductiva, quedaran desmantelados de personal y recursos, o quedaran “en pausas” que se sostienen hasta la actualidad. De forma paralela, vinculada a la incertidumbre y al cambio de tareas de muchos hospitales y centros de salud, la falta de información sobre si continuaba o no la atención de la SSynR se volvió otra limitación para el acceso.

En palabras de Ana Morillo (2021) podemos decir que:

(...) no se trabajó sobre la prioridad y esencialidad de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, lo que generó por consecuencia que no concurran las mujeres al Centro de Salud para solicitar el método anticonceptivo, o para hacerse una práctica o una consulta



ginecológica por alguna dolencia. Lo que generó que disminuya la cobertura de Salud Sexual y (no) Reproductiva. Esto empezó a mejorar, se generó más accesibilidad, cuando volvieron todas las prácticas en el Sistema de Salud, pero sin dudas no alcanza para recuperar todo lo que se perdió en término de consulta oportuna. Los equipos de salud creo que no hemos podido generar trabajo comunitario y de promoción para generar mayor accesibilidad (Ana Morillo, entrevista virtual, mayo 2021).

Como ya venimos mencionando las prácticas e intervenciones en Salud Sexual y (no) Reproductiva también se construyen desde el MMH; qué desde su concepción biologicista y medicalizante de los procesos de salud y las prácticas, “tienden a normar y medicalizar los cuerpos, sin incluir los componentes económicos y socio-culturales”. (Nelly Nucci, Rossana Crosetto, Claudia Bilavcik y Ana Miani, 2018). Es a partir de esto que se construyó, en el campo de la salud pública, un lugar subalterno para aquellas prácticas que buscan construir y aportar a los procesos de salud desde la integralidad. Siguiendo a Nelly Nucci, Rossana Crosetto, Claudia Bilavcik y Ana Miani (2018), es a partir de allí que el Trabajo Social ha ocupado un lugar como “complemento” de las prácticas médicas en el campo de la salud pública.

Las luchas por abordajes integrales de la salud, y en este caso de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, - desde perspectivas feministas y de derechos - abre la posibilidad para el Trabajo Social de disputar sentidos, explicaciones y estrategias de intervención en el campo de la salud (Nelly Nucci, Rossana Crosetto, Claudia Bilavcik y Ana Miani, 2018). Estos modos de abordaje deberían ser tomados por todos los agentes de los servicios de salud y como parte de las políticas del Estado.

En cuanto a la construcción de intervenciones y prácticas en Salud Sexual y (no) Reproductiva, Maria Teresa Bosio y Rosana Crosetto (2020) expresan que es a partir de los movimientos feministas que se disputan sentidos y prácticas en los espacios de salud; impulsando intervenciones profesionales que luchan por garantizar Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, por acompañar a las mujeres desde el respeto, y desde perspectivas de Derechos Humanos. Ejemplo

de esto es la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir: una red feminista que cuenta con más de 2000 profesionales (700 equipos) dentro del sistema de salud en todo el país. Desde hace casi 6 años acompañan el derecho a decidir, garantizando Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) y desde finales del año 2020 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs). (Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir, s.f). Es desde allí que entendemos las disputas de sentidos y prácticas que debemos dar desde el Trabajo Social en el abordaje de la Salud Sexual y (no) Reproductiva.

### ***1.3.1. Derechos Sexuales y (no) Reproductivos: accesos desiguales***

Partimos de comprender que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado son moldeados y encuentran legitimidad en un determinado contexto socio histórico, económico y cultural. Por medio del mismo se instituyen y sancionan prácticas que organizan la vida cotidiana de las personas bajo el binomio “sano”- “enfermo”, en donde la salud aparece como “ausencia de enfermedad”; respondiendo de esta forma a la primera concepción que mencionamos al principio del capítulo. En esta línea la dimensión social juega un papel central a la hora de analizar estos procesos, no como una “articulación externa” o una dimensión más, sino como “carácter social en sí mismo” en términos de Cristina Laurell (1986).

En este sentido, como venimos analizando a lo largo de todo el capítulo, no todas las prácticas que son sancionadas e instituidas en este proceso serán dirigidas de forma igualitaria para toda la población. Específicamente las prácticas vinculadas a la Salud Sexual y (no) Reproductiva se encuentran moldeadas por un deber ser que regula y condiciona de forma desigual ciertas acciones sociales, las cuales son entendidas de forma positiva y/o negativa según las expectativas sociales del resto de la sociedad.

Retomando a Elida Carracedo, Paola Iglesias y María Laura Saraceni (S/F) la noción de autoatención, se constituye como una de las actividades básicas que nuclea todos los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Se entiende por autoatención a:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aún cuando estos puedan ser referencia de esta actividad. (Menendez 2003, como se cita en Elida Carracedo, Paola Iglesias y María Laura Saraceni, S/F, p.2)

En esta línea sostenemos que las prácticas y mandatos relacionados a salud sexual no son iguales para todas las identidades<sup>9</sup>. Las mujeres cis tienen mayores responsabilidades, preocupaciones y cargas sociales en las prácticas vinculadas a la SSynR; responsabilidades que no son adjudicadas de la misma forma a varones cis. Un ejemplo de esta situación es que, desde muy temprana edad, se nos imponen consultas ginecológicas, el uso de ciertos métodos anticonceptivos y chequeos médicos. Consideramos que esta situación es diferente en la vida cotidiana de los varones cis, en donde no existen de forma generalizada mandatos sobre el cuidado o información sobre la propia salud sexual; muchas veces se propone una consulta médica en casos de algún indicativo de “enfermedad - infección”. Desde allí afirmamos que el acceso a la SSynR se configura desde la prevención y promoción para las mujeres y desde la urgencia en la vida de los varones (Agustina Bartoli, 2022).

Al entender que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado no son prácticas aisladas, sino que se entienden y legitiman a partir de un contexto socio histórico, es que no podemos pasar por alto la dimensión económica del país. En el contexto actual en Argentina nos encontramos en un momento de crisis económica acrecentado por políticas neoliberales y la pandemia por Covid-19. Situación que ha producido que los problemas sociales y las desigualdades sociales ya existentes, se incrementen aún mas. Esto impacta e impactó directamente en las condiciones de vida de la población, en particular en la vida de las mujeres, generando como

---

<sup>9</sup> A los fines del análisis que proponer en este Trabajo Final de Grado retomamos las practicas y mandatos culturales impuestas a mujeres cis. No retomamos otras identidades debido a las particularidades de nuestro proceso de prácticas.

consecuencia altísimos índices de pobreza. Retomando el último informe de la Mesa Federal de Políticas Económicas Con Perspectiva de Género (S/F), podemos dar cuenta que

Durante 2020, el impacto asimétrico de la pandemia se manifestó de manera crítica sobre las mujeres: sus niveles de actividad retrocedieron a los de 2002; su empleo cayó 8,3 p.p, retrocediendo también dos décadas; la desocupación llegó al 13,5% en el mismo período y al 26,0%, en el caso de las mujeres menores de 30 años, los niveles más altos por lo menos desde 2016 (p.108).

Comprendemos que las condiciones sociales y habitacionales en la que los sujetos viven, se alimentan, se relacionan, trabajan, estudian, entre otras; influyen directamente en la salud de la población. Retomando el informe arriba mencionado y analizando el impacto económico y laboral en la provincia de Córdoba, podemos visualizar que “en 2021 las mujeres presentan una tasa de actividad del 49,8% versus 72,3% de los varones. Por su parte, la brecha salarial alcanza el 24,4%” (p.33); constituyéndose en una de las brechas más desiguales de Argentina. Por su parte la brecha salarial del País “alcanza el 28,0%” (p.9).

La situación económica no solo influye en la vida cotidiana de la población, sino también en los recursos materiales y no materiales que se destinan a los espacios de salud. En este sentido la falta de recursos económicos (en tanto cantidad y calidad), la falta de personal profesional, y la situación de informalidad y precarización laboral de los profesionales y trabajadores de salud, impacta de forma directa en la accesibilidad a los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos por parte de la población. Para terminar de visualizar las condiciones económicas y laborales en salud, específicamente en la provincia de Córdoba, retomamos el artículo de Prensa Obrera: el cual da cuenta que en el mes de mayo del presente año, ocho trabajadores de la salud monotributistas

presentaron la renuncia en el Hospital Nacional de Clínicas ya que cobraban \$60.000<sup>10</sup> por turnos de 7 o 8 horas (Federico Valente, 2022).

Para finalizar este capítulo, consideramos que todas estas situaciones arriba mencionadas que construyen el contexto social, político y económico del país, influyen de forma directa en las condiciones de accesibilidad a los espacios de salud, en especial al campo de la SSyNR. Entendemos la accesibilidad en términos de Ana Arias y Noelia Sierra (2019), lo cual nos posibilita complejizar esta categoría. Estas autoras plantean que la accesibilidad no implica solo el acceso a bienes y servicios de consumo, a la vez que acceder a bienes y servicios no implica necesariamente accesibilidad a derechos.

Las autoras proponen pensar en la accesibilidad de derechos desde la hospitalidad y el reconocimiento. La hospitalidad refiere a “dar un lugar”, invitar a uno u otro a un encuentro en donde pueda cuestionar, plantear, demandar, hacer, preguntar, habitar ese encuentro con sus formas, modos, tiempos. Por lo que dar un lugar “es visibilizar la trama de relaciones, espacios, tiempos, agentes y dispositivos puestos en juego a la hora de pensar un acercamiento institucional”. Proponen correrse de la idea de accesibilidad solo como una oferta de bienes y servicios planteados desde las lógicas de las instituciones, que ponen a quien “accede” como sujeto/objeto pasivo, “beneficiario”. Entonces hacer un lugar implica necesariamente reconocer y encontrarse con ese otro diferente:

La posibilidad de pensar la accesibilidad como reconocimiento conlleva al menos contemplar la necesidad de renunciar a la exigencia a que ese otro habite nuestros códigos, o que abandone sus pautas para adaptarse a como dé lugar a los territorios a los que, acriticamente lo invitamos a acceder (Arias Ana y Sierra Noelia, 2019, pag 6).

---

<sup>10</sup> “Hay que remarcar que los 60.000 pesos que cobraban están por debajo de la canasta básica. Por lo tanto, un profesional de la medicina es pobre a pesar de trabajar para el prestigioso Hospital Nacional de Clínicas” (Prensa obrera, 2022).

Pensar en la accesibilidad de derechos desde la propuesta de estas autoras implica preguntarnos por las posibilidades de elección de los sujetos en las instituciones de lo “público” que suele reducirse a lo “gratuito”; a diferencia de lo privado y la lógica de consumo donde las posibilidades de elegir y acceder se dan desde el lugar de “pagador”. El reconocimiento y la hospitalidad son condiciones de posibilidad de elección, cuestionamiento, demanda y exigibilidad para los sujetos en el encuentro con las instituciones públicas. En términos de las autoras:

Elegir implica poder, y con poder uno puede distinguir, priorizar, valorar y decir... ¿Qué implica esto? Nada más ni nada menos que la posibilidad de producir efectos en uno mismo y en cómo merece, o como quisiera, por ejemplo, habitar una institución (Arias Ana y Sierra Noelia, 2019, pag 6).

Es desde estas lecturas que consideramos la accesibilidad a derechos sexuales y (no) reproductivos como categoría central durante el proceso de prácticas preprofesionales y la escritura del presente trabajo; en tanto nos posibilita cuestionar las prácticas establecidas y el histórico lugar de subordinación y relegación en el que son posicionadas las mujeres y personas con capacidad de gestar.

## **Capítulo 2. Salud sexual desde el hospital: trayectorias de trabajo en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva**

En este segundo capítulo nos proponemos realizar una caracterización del escenario institucional donde desarrollamos nuestras prácticas preprofesionales durante el año 2021. Este escenario es el Servicio de Medicina Familiar (SMF) del Hospital Nacional de Clínicas (HNC) ubicado en Barrio Alberdi, Córdoba.

En un primer momento hacemos un recorrido histórico del Hospital Nacional de Clínicas, visibilizando el contexto de surgimiento como así también el impacto de las políticas neoliberales, la descentralización del sistema público y el impacto en las condiciones laborales de los trabajadores de dicha institución; luego analizamos la situación actual del hospital. En un segundo momento generamos un recorrido sobre los modos de trabajo del servicio y sus profesionales, posicionamientos y propuestas para comprender y abordar la salud, como así también el vínculo con actores y organizaciones del territorio. Retomando las entrevistas y el trabajo realizado en el SMF, analizamos el impacto de la pandemia por Covid 19 y los consecuentes cambios de actividad en el Hospital. Luego recuperamos las trayectorias de trabajo en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva.

Por último y de forma general, introducimos algunos debates acerca del rol del Trabajo Social en el campo de la salud y la importancia que adquieren las disciplinas de las Ciencias Sociales en los equipos de salud. Para cerrar el capítulo recuperamos los primeros meses de proceso de prácticas preprofesionales, aportando e introduciendo algunas discusiones y nuevos sentidos acerca de las intervenciones del SMF en el campo de la salud sexual.

### **2.1. Hospital Nacional de Clínicas: contexto de surgimiento e institucionalización**

El escenario institucional elegido para desarrollar nuestras prácticas preprofesionales, fue el Servicio de Medicina Familiar perteneciente al Hospital Nacional de Clínicas (HNC), ubicado en Barrio Alberdi, Santa Rosa 1564. El HNC fue inaugurado en el año 1913, como un hospital escuela perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Es una

institución polivalente de alta complejidad que lleva adelante tareas docentes, de investigación y de asistencia. Así, el HNC es espacio de formación no solo para estudiantes que cursan materias en las instalaciones del hospital, sino también para quienes realizan sus prácticas finales de grado y posgrado en los diferentes servicios del mismo. Es un hospital público y gratuito que depende del Estado Nacional.

Fueron varias las transformaciones que se generaron en el hospital desde el año de su inauguración. Estas transformaciones se ocasionaron por múltiples motivos: debido al contexto histórico, a las políticas públicas que emergieron con los diferentes modelos de estados<sup>11</sup>, y a las diferentes necesidades y problemáticas que la sociedad fue reclamando e instalando frente al Estado Nacional y a esta institución.

Si hacemos un recorrido por la política de salud en Argentina durante los últimos años, podemos decir que “desde mediados de los años 90 la salud en la Argentina dejó de ser considerada un aspecto central de la función social del Estado para convertirse en un servicio entendido desde la lógica del mercado y su racionalidad económica” (Ana Lía Machado, Marta Giacone, Carlos Álvarez y Pablo Carri, 2007, p.1). En este sentido la accesibilidad al sistema de salud público, gratuito y de calidad, deja de considerarse un derecho humano para considerarse como mercancía<sup>12</sup>. Hecho que generó como consecuencia la privatización de gran parte de las instituciones públicas, en este caso los hospitales y espacios de salud, situación de la cual el HNC no fue ajeno.

Como consecuencia inmediata de esta situación, el HNC pasó de ser un hospital público y gratuito a convertirse en un hospital de autogestión, por decreto nacional 1269/92 y su actualización en el decreto 939/00. De esta manera, se autoriza el cobro de servicios a aquellos usuarios con capacidad de pago para sostener económicamente la institución, a su vez y por medio de este decreto, el HNC pasa ser de gestión descentralizada. En el marco de la Autogestión Hospitalaria, no solo se modificaron los criterios de accesibilidad y la noción de salud como derecho, sino que

---

<sup>11</sup> Durante este análisis nos interesa desarrollar el Estado Neoliberal, el retorno al Estado Nacional y popular.

<sup>12</sup> Esto ha significado, entre otras cosas: hospitales públicos autogestionados, obras sociales des-reguladas e incorporación sistemática del capital privado al negocio sanitario (Ana Lía Machado, Marta Giacone, Carlos Álvarez y Pablo Carri, 2007, p.1).



también se generaron grandes transformaciones y reestructuraciones en las condiciones laborales de los trabajadores. Durante este periodo se generó un notable deterioro salarial, pérdida de derechos laborales, individualismo, sobrecarga laboral, flexibilización laboral y desconfianza en las organizaciones gremiales (Ana Lía Machado, Marta Giacone, Carlos Álvarez y Pablo Carri, 2007). Posteriormente durante el gobierno de orientación popular se intenta reconvertir la situación de desfinanciamiento y descentralización.

Si bien han pasado varios años de las políticas neoliberales de la década del 90 y del periodo 2015-2019 las consecuencias de las mismas se visibilizan en la realidad, tanto en las condiciones edilicias y las condiciones laborales de los trabajadores<sup>13</sup>del hospital, como así también de los criterios de accesibilidad al mismo.

En la actualidad las personas que acceden a los servicios del HNC son personas que no poseen obra social, o cuentan con obras sociales dependientes de la UNC (DASPU y PASOS) o PAMI (Red Clínicas). A partir del año 2020 el Servicio de Medicina Familiar trabaja con Plan SUMAR, un programa del Ministerio de Salud de la Nación que promueve el acceso a los servicios de salud para quienes no cuentan con obra social o prepaga (Portal oficial del Estado Argentino, s.f).

Actualmente el HNC se encuentra organizado en 31 servicios, los cuales están conformados por un conjunto de profesionales y una persona responsable que ocupa el rol de “jefa/e” del mismo; la división de cada servicio corresponde a las diferentes especialidades médicas existentes hasta la actualidad. Retomando a Macarena Ferrer (2015) y las entrevistas realizadas a profesionales del HNC, podemos decir que estos servicios funcionan como islas independientes, existiendo escasa interacción, situación que obstaculiza realizar un trabajo integrado entre servicios. Entendemos que este funcionamiento fragmentado entre los servicios del HNC responde a lógicas del Modelo Médico Hegemónico, el cual impide visualizar de forma integral los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Esta situación genera como consecuencia, la consolidación de

---

<sup>13</sup> “ La contratación es algo pendiente (...) las condiciones de trabajo son muy flojas, no voy a decir paupérrimas pero casi” (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021)

especialidades médicas (con diferentes grados de jerarquía) que solo se concentran en una parte específica del cuerpo humano, la cual tienen como objeto de estudio.

### ***2.1.1. Servicio de Medicina Familiar: disputas en los abordajes de la salud***

En cuanto al Servicio de Medicina Familiar, el mismo está compuesto por seis Médicas de Familia y una Psicóloga. Es un espacio de formación para estudiantes de grado de diferentes carreras de la UNC como Medicina, Psicología, Arquitectura y, desde el año 2021, Trabajo Social. Y a su vez formación de posgrado, en las carreras de Especialización en Medicina Familiar, Clínica Médica y Psiquiatría.

El SMF comenzó a hacerse lugar en el Hospital desde el año 2004, planteando modos de entender y trabajar en salud que se corren del Modelo Médico Hegemónico. Comenzaron con un consultorio, compartido con otras especialidades, y fue con el tiempo recorrido dentro del Hospital que lograron un espacio propio; hoy con ocho consultorios, una sala médica, una sala de espera y una secretaría. Las entrevistadas expresaron que tener un espacio físico en un Hospital, en donde existen lógicas verticalistas y un modelo tradicional de comprender a la salud, “es toda una cuestión” (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021). El ir haciéndose lugar generó resistencias por parte de algunos actores del Hospital, lo que requirió de mucho trabajo en equipo para poder sobrellevarlo (A1, cuaderno de campo 2021).

Comprendemos qué las disputas por el espacio físico dentro del Hospital materializan las disputas sobre los modos de abordaje de la salud que plantean desde el Servicio. La especialidad de Medicina Familiar entiende a la persona de manera integral, como “unidad de atención”. En ese sentido, dicha especialidad “vuelve atrás y vuelve a integrar a la persona” (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021), corriéndose del MMH que fragmenta el abordaje de la salud. La concepción de la salud que propone la medicina familiar entiende a las personas también en su contexto familiar y comunitario. Al considerar las dimensiones de lo social, relacional, económico, cultural, se busca “llegar a un acuerdo común con las personas en relación a lo que indiquemos, a las cosas que proponemos en relación a los problemas que traen a la persona a la consulta” (E3, entrevista virtual,

26 de octubre de 2021). A su vez esta disciplina está vinculada a lo territorial: “por lo general nuestro ámbito de desarrollo son los espacios de salud, los espacios de salud más ambulatorios. En los hospitales la medicina familiar es una especialidad poco valorada” expresó una de las entrevistadas. (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021).

En ese sentido el servicio cuenta con un Espacio de Salud externo al Hospital, Espacio de Salud Dr Guillermo Lucena Gallo, que trabaja desde la Atención Primaria de la Salud (APS), y está ubicado a 15 cuadras del hospital. Este espacio se creó como una extensión del SMF, y fue surgiendo desde la participación de vecinos, “recuperando cuestiones que los vecinos solicitaron al servicio”, poniendo en práctica “otras formas de concebir la medicina”, y trabajando desde lo territorial. Funciona desde el año 2008 y se sostiene con 3 docentes de Medicina Familiar y residentes de la especialidad (A2, cuaderno de campo, 2021).

Según el trabajo de campo realizado observamos que la determinación social de la salud es el paradigma desde donde se posicionan quienes trabajan en el Servicio de Medicina Familiar.

(...) en una época empezamos a incursionar en los determinantes y después de la lectura del desarrollo de la epidemiología crítica, un poco de la mano de Jaime Breilh, empezamos a interiorizarnos e incorporar a nuestra perspectiva teórica y práctica la determinación social de la salud (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021).

Breilh (2013) expresa que fue a partir de los años 70 que en latinoamérica se comienza “a trabajar en la necesidad de superar la visión de la salud como un tema de enfermedad en personas, y de abrirnos a la determinación social de la salud”. Este autor propone trabajar una visión de la salud en términos de su complejidad:

lo que quiere decir que la salud abarca no solo el aspecto de la vida individual, sino que abarca también lo que suceda en la clase social, grupos socioeconómicos del que uno forma parte, y a su vez ese grupo socioeconómico forma parte una sociedad que tiene una lógica en la manera en que esta se desarrolla y se condiciona (2013).

Parafraseando a Jaime Breilh (2013) se proponen 3 dimensiones: una dimensión general, que refiere a la estructura socioeconómica, da la lógica de porqué y hacia donde va una sociedad. En ese sentido expresa que si la lógica de una sociedad es la acumulación desigual de riquezas, la reproducción social tendrá esta misma lógica: es decir “un sistema social de exclusión” (p.2). A su vez esta estructura socioeconómica está ligada a una forma de organizar las relaciones políticas y la cultura. Esto forma la determinación general de la salud, que determina los modos de vivir de los diferentes grupos sociales. Estos modos hacen a la dimensión particular que refiere a modos de trabajar, de consumir, los lugares donde se vive, los modos de organizarse y construir identidad, las relaciones ecológicas y de calidad ambiental de cada grupo social; y una dimensión individual, en donde esto se expresa.

Es desde allí que el servicio ha sido un espacio de encuentros comunitarios mediante talleres de zumba, tejido, tango, mandalas, cocina, lectura, entendiendo que estos espacios nutren las consultas individuales de quienes acuden al servicio y que son parte fundamental de sus procesos de salud. Otro ejemplo de los modos de abordar la salud fue el Festejo de la Pachamama realizado el 07 de agosto del 2021, en el Patio de la Memoria del HNC, organizado por el Servicio en conjunto con mujeres del Instituto de Culturas Aborígenes (ICA). "Esto que hacemos es parte de cómo entendemos los procesos de salud-enfermedad de las personas" expresaron en el cierre de la actividad a la que fuimos invitadas, junto con otras estudiantes que también realizaron prácticas en el servicio. (A3, cuaderno de campo, 2021).

La articulación con otros actores por parte del SMF hace a las formas, prácticas y modos de abordar la salud desde la determinación social. En su trayectoria el SMF ha articulado con diversos actores y organizaciones, en algunos momentos priorizando el vínculo con algunas más que con otras. Han articulado con centros vecinales de los territorios cercanos, con varios colegios tales como Manuel Belgrano y Echegoyen, con la Red Pueblo Alberdi y además con algunas ONGs como CECOPAL. Actualmente sostienen el vínculo con muchos de estos actores y organizaciones, pero algunos con menor intensidad “la función es que sepan que estamos, si necesitan alguna

situación puntual, alguna persona, si necesitan un turno, alguna intervención barrial, estamos” (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021). Desde el SMF se comprende la construcción de redes como un eje clave para la consolidación de prácticas saludables, revalorizando la pertenencia y la acción en comunidad como un determinante de la salud.

En cuanto a las trayectorias de trabajo en SSynR, nos interesa destacar el trabajo de articulación con el colegio Manuel Belgrano y Echevoyen, para implementar junto a docentes los programas de ESI y garantizar el acceso a derechos sexuales de les estudiantes. Con esta última trabajan hace más de 10 años y tuvieron una experiencia en 2019 de un espacio de consulta interdisciplinar en la biblioteca, una vez por semana. Durante el 2020 llevaron a cabo talleres virtuales de ESI con les estudiantes de este colegio, donde trabajaron temáticas como género, violencia en el noviazgo, métodos anticonceptivos e interrupción del embarazo.

## **2.2. Negociaciones en el marco de la Pandemia por Covid-19**

Cuando comenzó la emergencia sanitaria en marzo de 2020, desde la dirección del hospital se designó a las profesionales del SMF para la coordinación y gestión de los “consultorios febriles” para pacientes de Covid 19. Las mismas aceptaron este cambio de tareas sin inconveniente y se mudaron a otra área del Hospital para realizar las nuevas tareas. Desde marzo a diciembre de 2020 el SMF estuvo cerrado, sin embargo las consultas y la atención fueron derivadas al Espacio de Salud "Lucena Gallo" en Alberdi.

A pesar de que este cambio fue un desafío, supieron aprovecharlo estratégicamente:

Nos ayudó a posicionarnos. En el hospital lo más importante es lo que pasa en el quirófano, en la sala, en la terapia. Lo que pasa en los consultorios no existe. Pero estar ahí fue estar en el centro de la escena, e hizo que nos posicionamos de otra manera, que conozcamos otros actores del hospital. Entonces eso fue muy interesante, y pudimos capitalizar ese beneficio (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021).

Como ya adelantamos, la Medicina Familiar es un servicio poco valorado por profesionales de otras áreas del Hospital. Sin embargo, ser ellas (todas mujeres) quienes coordinaron los consultorios febriles, es decir quienes coordinaron una de las tareas más importantes, no solo para el hospital sino también para la sociedad en contexto de pandemia, les permitió “posicionarse clínicamente”, algo que expresan como fundamental (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021). Desde nuestro punto de vista (y desde el trabajo realizado en el SMF durante nuestras prácticas) consideramos que este hecho les dio visibilidad y aportó a la consolidación de legitimidad para el SMF en un escenario complejo, urgente y machista como el HNC en contexto de Emergencia Socio-Sanitaria.

En el momento que apareció toda la incertidumbre de la pandemia, ninguna dudó en estar ahí. Ni siquiera lo discutimos, es la impronta que dejamos, los modos de laburar nuestros que son modos muy diferentes que del resto (E2, entrevista virtual, 4 de agosto de 2021).

A partir de entender la salud como un campo, es que reconocemos las alianzas y negociaciones que las profesionales del SMF han realizado con actores dentro del hospital de manera estratégica, para continuar disputando espacios, sentidos y prácticas en los modos de abordar la salud. Esto es reconocido por las entrevistadas como un “trabajo de hormiguita”: sostienen que tanto la construcción de vínculos y redes entre actores del hospital, como el hecho de estar siempre disponibles, es su “marca registrada” (E2, entrevista virtual, 4 de agosto de 2021).

Desde el inicio de la pandemia, la gestión de políticas públicas se dirigió a acciones del campo de la salud vinculadas casi exclusivamente a la contención de la emergencia sanitaria; entendemos que fue en ese marco el cambio de tareas propuesto al SMF desde el Hospital. La pandemia generó que los centros de salud se “cerrarán para adentro, y eso nunca es beneficioso para el acceso a la salud” (E3, entrevista virtual 26 de octubre de 2021). Esto provocó que muchas personas dejaran de consultar por diversos problemas de salud (no relacionados con Covid 19), lo que impactó también en el acceso a la SSynR.

Sin embargo, destacamos que desde el servicio, y en articulación con otros actores, idearon la manera de garantizar Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, por ejemplo en el trabajo de promoción de ESI en las escuelas o en la atención en el espacio “Lucena Gallo”. Referido a esto último, “tuvimos una reunión y propusimos que solo se garantizara la SSynR. Esas eran las pacientes que si o si iban a entrar a la consulta. De hecho había días donde solo se hacían y acompañaban ILEs. Había muchísima consulta” (E2, entrevista virtual, 4 de agosto de 2021).

Específicamente en este contexto el SMF continuó garantizando el acceso a métodos anticonceptivos de manera gratuita (mediante el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable) y el acceso a Interrupciones del Embarazo. Consideramos que esto denota la importancia que tiene la Salud Sexual y (no) Reproductiva para el SMF y para el modelo de salud desde el cual ellas se posicionan.

### **2.3. El lugar de la Salud Sexual y (no) Reproductiva**

El abordaje de la SSynR en el Servicio “siempre ha ocupado un lugar central de la consulta porque nuestra formación hace que no haya necesidad de derivar para eso” (E2, entrevista virtual, 4 de agosto de 2021). A su vez también es parte de su formación participar de las instancias de salud de las mujeres o personas con capacidad de gestar (como realizar seguimientos de embarazo, papanicolau). “Inevitablemente te involucras en esto que tiene que ver con la toma de decisiones (por parte de las mujeres), tiene que ver con cómo miramos la especialidad” (E2, entrevista virtual, 4 de agosto de 2021). Esto se relaciona al modo de acompañar y de comprender la salud, “cuando valoramos en los controles de salud, o en otros problemas de salud valoramos la integralidad, siempre sale algo vinculado a la salud sexual” (E3, entrevista virtual, 26 de octubre de 2021).

Desde el SMF coincidieron en que sus posicionamientos políticos desde los feminismos han sido motorizadores en el abordaje que hacen de la SSynR. “Creo que le dimos más fuerza a partir de la militancia en la Campaña por el Aborto, y a siempre poder ponerlo, disputarlo, discutirlo (...)” (E2, entrevista virtual, 4 de agosto de 2021). A su vez destacaron la importancia de ser mujeres de distintas generaciones y en eso mencionan la presencia de “las pibas” y la militancia en el

feminismo. Una de las entrevistadas (a quien sus compañeras referencian al momento de hablar de SSynR) comentó sobre cómo las luchas de los movimientos feministas a nivel nacional impactaron en el trabajo desde el SMF:

se le empezó a quitar el tabú a la cuestión sexual, y eso no es menor para lo que sucedió en el servicio. No solo en relación a la interrupción del embarazo, si no también a toda la militancia en ESI y en los derechos que se han ido sucediendo desde el año 2003, 2004: la Ley de matrimonio igualitario, Ley de anticoncepción quirúrgica, Ley de métodos anticonceptivos, Ley de educación sexual integral, la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, cupo laboral trans. Todo eso tiene que ver con la sexualidad aunque específicamente tenga que ver con diferentes ámbitos como el laboral, de la salud. Entonces estas cosas que tienen que ver con empezar a hablar más (de sexualidad), ha generado que también desde la salud se haga más hincapié en eso (E3, entrevista virtual 26 de octubre del 2021).

Como venimos expresando en el Capítulo 1, los feminismos han ido transformando los modos de intervención del Estado en relación a la SSynR. Esto se ve expresado en cambios en las políticas públicas, en la sanción de nuevas leyes, como también en sentidos y prácticas de algunos trabajadores de la salud. Expresión de esto es lo que nos comentó una de las entrevistadas: "Antes la sexóloga o la sexología trabajaba sobre 'cómo tratar a las mujeres con vaginismo', y ahora tiene que ver con una cuestión mucho más integral, porque la sexualidad no se entiende solamente como el coito, si no como un concepto mucho más amplio" (E3, entrevista virtual 26 de octubre de 2021).

El SMF es parte de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, lo cual hace referencia a sus posicionamientos políticos y militantes desde los feminismos y a sus modos de abordar la salud. En ese sentido la participación en la Red "es fundamental, no solamente para compartir cuestiones más complejas, si no también para poder garantizar que las personas tengan más accesibilidad" (E3, entrevista virtual, 26 de octubre de 2021). La entrevistada expresó la necesidad de trabajar desde lo colectivo, porque "más allá de que haya una ley es muy difícil que se garantice,



hay un montón de espacios que son violentos, exclusivos, o poco accesibles” (E3, entrevista virtual 26 de octubre del 2021).

Como mencionamos anteriormente, reconocemos la coexistencia de diversos actores en el campo de la SSyNR; algunos de estos buscan obstaculizar el acceso a la salud sexual, y otros trabajan en pos de su accesibilidad. Hasta el 2020 el SMF fue uno de los pocos espacios institucionales en Córdoba que podían realizar Interrupciones Legales del Embarazo (ILEs) debido al amparo del Portal de Belén que obstaculizaba el acceso a este derecho. En nuestra provincia solo podían realizarse en instituciones nacionales por lo que en un primer momento la Maternidad Nacional era el único efector.

Fue en el año 2016 que comenzaron a garantizar la ILE en el servicio, primero con dificultades en el acceso al Misoprostol por lo que articulaban y trabajan con organizaciones socorristas, consultorios integrales y farmacias “amigables”. Esto fue así hasta que en el año 2019, de un momento a otro les comunicaron que empezaría a llegar la medicación. “No lo podíamos creer, era casi como decir que del cielo nos bajaban algo. Después fuimos entendiendo que ellos no podían no entregar lo que venía de Nación, y no tenían a quien entregarlo, porque toda la provincia estaba con el amparo, entonces la única opción era la Maternidad y el Hospital de Clínicas. Y del Hospital de Clínicas éramos los únicos. Entonces así entró” (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021).

La sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el año 2020, permitió institucionalizar el derecho al aborto ampliando el acceso de manera segura, cuidada y gratuita. En ese sentido desde el servicio crearon un número interno específico para consultas por IVE, este número también está publicado en el recursero<sup>14</sup> de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. La ley puso al aborto “en términos de un procedimiento más, lo naturalizó. Hoy las pibas cuando llegan, la mayoría de las mujeres no solo las pibas, tienen información, pudieron leer” (E2, entrevista virtual, 04 de agosto de 2021). También nos comentaron que a partir de esto las mujeres

---

<sup>14</sup> En el recursero de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir se encuentran todos los equipos y profesionales de la salud que forman parte de la Red, es decir que acompañan interrupciones del embarazo de manera segura, cuidada, respetuosa.

llaman por teléfono consultando de una forma “mucho más natural” (E1, entrevista virtual, 27 de julio de 2021). En ese sentido ambas entrevistadas expresaron que se transitan estos procesos con más tranquilidad, tanto para quienes acceden como para quienes acompañan.

#### **2.4. Trabajo Social, desde el Servicio de Medicina Familiar a la salud en general**

Como hemos descrito, el Servicio de Medicina Familiar se constituye en un escenario institucional con una amplia trayectoria en lo que refiere a SSynR, trabajando desde posicionamientos y miradas que apuntan al abordaje integral de la misma; a lo que se suman sus trayectorias militantes en los feminismos. A su vez las trayectorias de trabajo y los vínculos que han construido con diferentes actores, hacen del servicio un espacio con grandes posibilidades para el trabajo con una profesional de nuestra disciplina, sobre todo por sus modos de comprender y abordar la salud desde el paradigma de la determinación social.

Sin embargo debemos mencionar en esta caracterización del escenario de intervención, que el SMF no cuenta con una profesional Trabajadore Social en su equipo, aunque sí han tenido experiencias de trabajo con nuestra disciplina, la primera vez que el Trabajo Social habitó este espacio fue a partir de nuestras prácticas. En nuestro proceso esta situación fue reconocida y aceptada desde el principio como una condición del escenario y le dio una dinámica particular a nuestra experiencia. En este apartado buscamos correr la mirada del proceso vivido para generar reflexiones más generales.

Reconocemos entonces que la ausencia de Trabajo Social, si bien se manifiesta en el SMF, tiene su raíz en las desigualdades que ha enfrentado nuestra profesión a la hora de intervenir en salud (y también en otros ámbitos de intervención).

Históricamente Trabajo Social se ha consolidado (en conjunto con otras disciplinas) como una profesión subsidiaria en el campo de la salud, en donde el agente con mayor importancia es el profesional médico. Esto es debido a aquellas concepciones y paradigmas que comprenden la salud solo en términos biológicos e individuales como el Modelo Médico Hegemónico.

Este modo de comprender la salud tiene múltiples consecuencias, una de ellas es que

profesiones del ámbito de lo social (como el Trabajo Social) sean consideradas menos importantes y menos necesarias en cuanto a los procesos y escenarios de salud. Reconocemos que las posiciones al interior del campo de la salud, y la institucionalización de las mismas en programas de trabajo y normas, son producto de procesos históricos y de luchas entre actores en donde las disciplinas del ámbito social han sido relegadas, invisibilizadas y empujadas a desempeñar su labor en condiciones de precarización e inestabilidad.

De todas maneras esta posición subordinada ha sido puesta en cuestión en diferentes momentos históricos por parte de los profesionales de Trabajo Social. Siguiendo a Maria Celeste Bertona (2018) “las/os trabajadores sociales han desarrollado diferentes estrategias y recorridos, de manera individual y principalmente colectiva, tendientes a mantener y mejorar el capital en el campo institucional y a legitimar la intervención profesional, promoviendo un principio de jerarquización más favorable a las propias prácticas y conocimientos”(p.10)

Con estas reflexiones, buscamos reivindicar una vez más la necesidad de que la intervención profesional en un equipo de salud se realice desde una concepción integral y que se nutra de diferentes miradas disciplinarias. En este sentido afirmamos que el Trabajo Social tiene mucho por decir y hacer en los equipos de trabajo, específicamente en los espacios de salud. Es necesario revalorizar las disciplinas de las Ciencias Sociales en este campo, ya que pueden aportar miradas críticas que entiendan a la salud como proceso y comprendan a lo social y cultural no como una dimensión más, sino como determinantes que significan, obstaculizan o facilitan los procesos de salud y los mecanismos de accesibilidad y exigibilidad que se implementen en los espacios de salud. Está claro que para reconocer todas estas implicancias y matices, no alcanzan solo los profesionales y paradigmas médicos.

## **2.5. Nuestras voces en el Servicio de Medicina Familiar: hacia otras dimensiones de la Salud Sexual y (no) Reproductiva**

Como hemos descrito el SMF trabaja desde hace años en la efectivización del derecho a interrupciones del embarazo, en la entrega de métodos anticonceptivos y brindando consejerías en

salud sexual, entre otras. Como equipo de estudiantes de Trabajo Social, nos insertamos en el año 2021 en este escenario para llevar adelante nuestras prácticas preprofesionales. Desde el primer acercamiento al servicio, y al conocer su trayectoria de trabajo en cuanto a la salud sexual, pudimos notar que las profesionales construyeron a lo largo de los años mecanismos efectivos para la entrega de MAC y el acceso a IVE-ILE. A partir de esto es que generamos propuestas, pensamos y construimos en conjunto posibles estrategias de intervención para nuestras prácticas preprofesionales, buscando abordar otras dimensiones de la SSynR.

Cabe aclarar que nuestra inserción se dio en un tiempo complejo e incierto atravesado por el cese del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio y el retorno a la presencialidad de muchos espacios e instituciones (entre ellos el HNC), pero no de la Universidad Nacional de Córdoba. En este sentido reconocemos este defasaje entre las diferentes instituciones como un hecho que atravesó nuestro proceso de prácticas y le dio una dinámica particular, generando que este fuera en su mayoría virtual.

El proceso de esclarecer la situación problemática constó de varios meses, en los cuales nos dimos diferentes estrategias para aproximarnos al campo y reconocer las trayectorias de trabajo desde y en el Servicio de Medicina Familiar. En este proceso también pudimos identificar actores, como así también las diferentes concepciones- representaciones acerca de la salud sexual. Como grupo de estudiantes, pudimos establecer posicionamientos y saberes desde donde buscábamos intervenir en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva. Deseábamos orientar nuestro trabajo acompañar las intervenciones que desde el servicio se llevaban a cabo, introduciendo nuevos sentidos desde donde entender e intervenir en salud sexual.

Durante los primeros meses de este proceso, el Servicio de Medicina Familiar, socializó al equipo de estudiantes un pedido de demanda específico. De forma concreta, la demanda consistió en reconocer obstáculos y facilitadores, en el acceso a métodos anticonceptivos (MAC) y a Interrupciones Legales / Voluntarias del Embarazo (ILE / IVE), por parte de mujeres que acceden al servicio; específicamente al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta demanda

surge ya que las profesionales identificaban como problemático el hecho de que las mujeres no mantengan una continuidad en el uso de MAC luego de realizarse una ILE/IVE, resaltando la importancia del uso de métodos anticonceptivos de larga duración.

A partir de la demanda inicial y luego de realizar diferentes entrevistas a las trabajadoras del servicio, reconocimos que las intervenciones llevadas adelante en este campo estaban dirigidas únicamente a mujeres (cis) en edad reproductiva, que mantienen relaciones heterosexuales (tal como se analiza en el capítulo 1). También analizamos que la demanda establecida por el SMF, buscaba en un primer momento que abordemos la dimensión de lo (no) reproductivo, la cual se constituye como una dimensión más de la Salud Sexual y (no) Reproductiva.

Como estudiantes de Trabajo Social, en conjunto con trabajadoras del servicio, reflexionamos y disputamos sentidos acerca de plantear estrategias que comprendan otras dimensiones de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, más allá de lo específicamente (no) reproductivo: acceso a métodos anticonceptivos y acceso a interrupción del embarazo. En ese sentido una de las entrevistadas comenta que:

Se sigue trabajando desde el paradigma del riesgo, la protección ante el embarazo, más allá de que queremos deconstruirlo todo el tiempo, y nos quedamos un poco cortas cuando va más allá de la prevención. Sería bueno entonces profundizar más en cuestiones como el placer, el goce” (E3, entrevista virtual 26 de octubre del 2021).

En este sentido, vimos posible plantear estas discusiones y estrategias debido a las trayectorias de trabajo del servicio en SSynR y a los derechos que ya vienen garantizando desde hace años. Todo este proceso nos permitió impulsar intervenciones desde el Trabajo Social, mirando la SSynR desde la integralidad, buscando trabajar otras dimensiones. Consideramos necesario complejizar entonces las intervenciones en este campo y reflexionar sobre con quiénes (y con quienes no) trabajamos, qué temas abordamos y qué acciones proponemos; para no reproducir lógicas y sentidos ligados a las políticas de control demográfico y el control social desde la salud pública sobre la sexualidad de las mujeres.

A partir de estas reflexiones construimos como problema de intervención los obstáculos en la accesibilidad a la Salud Sexual y (no) Reproductiva por parte mujeres que asistieron al Servicio de Medicina Familiar del Hospital Nacional de Clínicas. Comprender la salud sexual desde la integralidad significa para nosotras aprender a mirar mas allá de lo (no) reproductivo, buscando problematizar los sentidos instalados sobre la salud sexual, introduciendo otras dimensiones relevantes de abordaje e intervención. Y cuando se trata de lo (no) reproductivo buscando salir de la responsabilidad asignada, social e históricamente a las mujeres.

Para finalizar, consideramos que la falta o escasa presencia de equipos de salud que trabajen de forma interdisciplinaria, denota los obstáculos que se presentan en la accesibilidad a los derechos Sexuales y (no) Reproductivos. Obstáculos que no permiten recuperar la integralidad de los abordajes en SSynR, que perpetúan representaciones sociales y mandatos sobre las sexualidades.

### **Capítulo 3. Experiencias en Salud Sexual y (no) Reproductiva: estrategias de intervención**

En el tercer y último capítulo de este Trabajo Final de Grado, ahondaremos en la Estrategia de Intervención Diagnóstica diseñada y llevada a cabo por este equipo. En un primer momento definimos la misma, introduciendo discusiones acerca de los momentos de inserción y diagnóstico en la construcción de la estrategia y en nuestro proceso; buscando hacer aportes a la disputa por la legitimidad del Trabajo Social en el campo de salud.

En un segundo momento retomamos la demanda y la propuesta del Servicio de Medicina Familiar de conformar un equipo de intervención interdisciplinar entre estudiantes de Psicología, Medicina y Trabajo Social para llevar a cabo una de las líneas de acción diseñadas. En este apartado, analizamos la conformación de este equipo de trabajo, sus limitaciones y los aprendizajes significativos que podemos recuperar.

Continuamos describiendo en detalle las intervenciones realizadas como parte de la estrategia diagnóstica del Relevamiento Social Diagnóstico (encuestas y entrevistas). Para luego retomar los análisis construidos a partir del procesamiento de datos obtenidos, poniendo el foco en facilitadores y obstaculizadores para el acceso a la Salud Sexual y (no) reproductiva. Por último, finalizamos este capítulo reflexionando acerca de las intervenciones realizadas en el campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva y proponiendo posibles rumbos para el abordaje de la salud sexual integral, haciendo foco en las dimensiones de la responsabilidad compartida y el placer.

#### **3.1. Inserción y estrategias: disputas hacia la legitimidad del Trabajo Social**

Como hemos mencionado, las trabajadoras del SMF realizaron una demanda específica a partir de la cual construimos el problema de intervención como: obstáculos en la accesibilidad a la Salud Sexual y (no) Reproductiva por parte mujeres que asistieron al SMF- Hospital Nacional de Clínicas. Para intentar abordar este problema decidimos utilizar la Estrategia de Intervención Diagnóstica.

Siguiendo a Paula Gaitan (2016) el diagnóstico es un proceso de conocimiento inacabado,

que no culmina en una etapa estanca, sino que acompaña el trayecto de la intervención, enriqueciéndose en ella. En este sentido, una Estrategia de Intervención Diagnóstica busca crear conocimientos para la intervención. Estos conocimientos tienen que ver con la identificación de necesidades institucionales, saberes y modos de relación que se entablan con respecto al tema/problema; para luego con la información obtenida generar estrategias que apunten al abordaje del problema de intervención.

En nuestro proceso, la estrategia seleccionada persiguió un doble objetivo. Por un lado indagar acerca de la problemática y proponer líneas de acción específicas para aumentar el conocimiento sobre la misma; y por otro lado aportar a la legitimación del Trabajo Social en los espacios de salud. Como ya hemos mencionado el SMF no cuenta con un profesional Trabajador Social en su equipo, y aunque sí han tenido experiencias de trabajo con nuestra disciplina, la primera vez que el Trabajo Social habitó este espacio fue a partir de nuestras prácticas preprofesionales. Esta situación le dio una dinámica particular al proceso el cual estuvo vinculado a la legitimación de nuestra profesión en el campo de la SSynR, y a hacerle lugar a nuestra disciplina en un espacio nuevo y desconocido.

Pero apuntar a construir (o disputar) legitimidad para el TS en este escenario no fue tarea sencilla, de hecho para comprender el proceso vivido es necesario introducir la idea de inserción. Ya que este momento fue uno de los procesos claves que aprendimos a transitar como equipo, en busca del objetivo arriba mencionado. Siguiendo a Margarita Rozas Pagaza (2002) la inserción se comprende como el primer momento del proceso metodológico de intervención. Este es el momento de los interrogantes, reflexiones y acercamiento al escenario de intervención, los sujetos y las problemáticas. Pero este acercamiento también implica orientar la mirada hacia aquellos puntos claves y particulares que nos permitirán diseñar estrategias e intervenciones significativas para todas las involucradas. Es decir, la inserción es el momento que se da entre el primer acercamiento al escenario y el desarrollo de las propuestas o intervenciones.

Traemos la noción de inserción, ya que en los primeros meses de las prácticas, este se



constituyó en un obstáculo que no podíamos atravesar-superar (simbólica y temporalmente), ya que percibíamos que no terminamos de insertarnos y ser reconocidas como un equipo que estaba trabajando en el SMF; en parte vinculamos esto a las particularidades del contexto de pandemia y a la dinámica mayormente virtual que adquirió nuestro proceso. Sin embargo, luego de varios meses de trabajo en el SMF pudimos reconocer que esta situación, también estaba relacionada al hecho de que el servicio no había tenido trayectorias de trabajo con estudiantes de Trabajo Social; de esta manera, entendimos que no solo estábamos insertándonos nosotras en un espacio y en un contexto particular, sino también a nuestra disciplina.

Comprendimos que desde el SMF no necesariamente sabían cómo trabajar con los Trabajadores Sociales, o cuáles podrían ser nuestros aportes específicos. Así, cerca de la mitad del proceso decidimos recuperar la demanda propuesta y diseñar la estrategia de intervención diagnóstica como un modo de afianzar nuestra presencia en el espacio. Podemos decir que esta estrategia no solo nos permitió darle respuesta a la demanda del SMF sino también, definir que podemos hacer los TS (y qué no), desde qué lugares queríamos intervenir, y a su vez para desnaturalizar ideas o preconceptos sobre nuestra profesión. En otras palabras, esta estrategia se volvió una clave para aportar a la construcción de legitimidad del Trabajo Social en un espacio del campo de la salud.

En el sentido metodológico, la estrategia diagnóstica se materializó en el Relevamiento Social Diagnóstico (RSD) que fue nuestra propuesta de intervención para responder a la demanda del SMF. El mismo, que describiremos en detalle a lo largo del capítulo, significó un modo de posicionarnos y de ocupar lugar en el SMF. A pesar de que nuestras prácticas comenzaron meses antes del RSD, fue esta la actividad que nos dio visibilidad como estudiantes de Trabajo Social, y que ayudó a clarificar nuestras intervenciones en el Servicio.

En este sentido a partir del relevamiento empezamos a ser reconocidas no solo nosotras como equipo de trabajo, sino también nuestra profesión y los aportes valiosos y significativos que tenemos para hacer en los equipos de trabajo en salud.

En este marco decidimos tomar una presencia más activa y tuvimos diversas reuniones, encuentros con el SMF para explicitar qué es lo que veníamos realizando hasta el momento, buscando revalorizar el trabajo realizado, que no era tan visible debido al contexto de virtualidad y el no compartir cierta “cotidianidad” en el Hospital. De esta manera, aprendimos a transitar la estrategia diagnóstica como una elección metodológica y como un posicionamiento político y ético en relación a nuestra profesión; entendiendo que este no es un camino lineal, sino que es problemático y controversial, que implica reflexionar y argumentar, de forma constante, el ¿por qué?, ¿para qué?, ¿con quiénes? (y con quienes no) de nuestras intervenciones, como así también las representaciones y supuestos de las mismas (Nora Aquin, 2005).

En este momento, comprendimos que nuestro proceso de prácticas debía perseguir el segundo objetivo mencionado, acerca de la legitimidad del Trabajo social en este escenario. Así, cada propuesta llevada al SMF nos implicaba una reunión previa entre nosotras, a fines de consolidar criterios y límites, no sobre las propuestas y actividades planteadas, sino sobre las dinámicas de las reuniones y la necesidad de disputar la legitimidad de nuestras propuestas. Como equipo de estudiantes, estas preocupaciones y actividades de planificación nos permitieron revalorizar nuestra formación en cuanto a la autonomía y lecturas críticas que pudimos poner en práctica durante todo nuestro proceso de intervención, no solo en las líneas de acción, sino también con nosotras mismas como equipo y las expectativas de esta experiencia.

### **3.2. Construir equipos de trabajo en los espacios de salud**

Como arriba se menciona, a la demanda de intervención realizada por parte del Servicio de Medicina Familiar, se le sumó la propuesta de realizar este proceso de manera “interdisciplinaria” en conjunto con estudiantes de Medicina y Psicología, que también se encontraban realizando sus prácticas finales en el SMF. Damos cuenta que esta propuesta le dio una impronta particular a nuestro proceso, siendo un gran desafío y oportunidad de aprendizaje, no sin obstáculos y limitaciones. En concreto la actividad que realizamos de forma conjunta fue la primera línea de acción del Relevamiento Social Diagnóstico.

Luego de haber atravesado este proceso, teniendo cierta distancia temporal, consideramos que la propuesta de construir intervenciones de forma interdisciplinaria entre las tres disciplinas mencionadas, que muy pocas veces y en ocasiones específicas construyen equipos de trabajo en salud, fue de suma urgencia e importancia. Sin embargo comprendemos que los equipos de trabajo no se construyen de un día para otro y que es necesario reforzar algunas bases específicas para que los mismos se consoliden como tales y puedan trabajar de forma conjunta a partir de ciertos objetivos que los nucleen y/o motoricen.

En este sentido, entendemos que Trabajo Social desde hace décadas intenta institucionalizar el trabajo interdisciplinario, como aquel que permite abordar y acompañar la complejidad de las problemáticas sociales en la actualidad; como así también el impacto de estas en la vida cotidiana de las poblaciones con quienes se trabaja de forma conjunta. De igual manera, no todas las ciencias y disciplinas han realizado este cuestionamiento de la misma forma, específicamente en las ciencias denominadas “duras” este proceso ha sido radicalmente diferente (Susana Cazzaniga, 2002).

Recuperando a Susana Cazzaniga (2002) a partir de la consolidación del saber moderno, fueron surgiendo diferentes profesiones con el fin de responder a ciertas necesidades y urgencias sociales. En torno a estas profesiones se fueron estableciendo diferentes campos disciplinares que explican de forma racionalizada el recorte de la realidad que cada profesión fue tomado como propio; de igual manera, como bien cuestionamos, la realidad no es algo que pueda (ni deba) parcelarse tan fácilmente y a su vez no existe una profesión que por sí misma pueda acompañar todas las necesidades existentes en ese recorte.

En este sentido, retomando a Mónica Calienni, Ana María Martín y Marcela Moledda (2009) la interdisciplinariedad se constituye como un desafío indispensable, no por eso de fácil concreción. La “**inter**” “**disciplina**” se constituye como un punto de partida clave para recuperar y abordar la complejidad del mundo actual, alejándonos de la fragmentación de la realidad social y las problemáticas sociales actuales; posibilitando flexibilizar “límites entre las disciplinas por el continuo cambio de los conocimientos. Esto requiere un proceso, una continuidad, intencionalidad y

corresponsabilidad” (Mónica Calienni, Ana María Martín y Marcela Moledda, 2009, p.5). En esta línea, las autoras proponen comprender al abordaje interdisciplinario como un posicionamiento y no como una teoría unívoca, acabada y estática.

Ahora bien, si pensamos en la posibilidad de construir equipos interdisciplinarios en los espacios de salud, podemos dar cuenta que existen diferentes obstáculos disciplinares y estructurales que ponen en tensión y obstaculizan el encuentro, imposibilitando en muchas ocasiones recuperar la complejidad de la realidad actual que mencionan las autoras. Aún hoy, las Ciencias Naturales gozan de mucha y muy vigente hegemonía en los espacios de salud, situación que se refleja, por ejemplo, en la cantidad de profesionales contratados (en reflejo con los profesionales de las Ciencias Sociales). En este sentido el predominio de hegemonía “favorece el parcelamiento de las profesiones, o dicho de otra manera, marca los territorios de conocimiento y de ejercicios profesionales” (Susana Cazzaniga, 2002, p.1); obstaculizando aún más la posibilidad de encuentro, de construcción y de validación de otros saberes disciplinares no hegemónicos.

A esta hegemonía de poder y saber de las Ciencias Naturales en los espacios de salud, se le suma la condición estructural y edilicia reglamentada por las lógicas tayloristas de separación y jerarquización del espacio en diferentes consultorios, departamentos y en el caso del HNC por servicios de salud. En donde la comunicación entre otras profesiones, servicios aparece por medio de la “derivación” (Susana Cazzaniga, 2002).

A partir de esto consideramos que si bien la propuesta de trabajo interdisciplinario fue muy interesante y necesaria, no bastó para construir el equipo de trabajo que requería este proceso. Por lo cual y reflexionando acerca del proceso de intervención, consideramos que realizamos una experiencia de trabajo conjunto con estudiantes de medicina y psicología, no así un trabajo interdisciplinario. Esta lectura la realizamos a partir de lo desarrollado hasta el momento y por los siguientes análisis:

Reconocemos en primer lugar, que los tiempos académicos resultaron limitados para consolidar un equipo de trabajo e intervenciones de manera interdisciplinaria. A esta situación se le

sumó el hecho de que cada disciplina tiene tiempos y objetivos muy diferentes en sus procesos de prácticas finales. En ese sentido, mientras que nosotras como estudiantes de Trabajo Social, veníamos realizando un proceso de varios meses en relación al campo problemático elegido y a la propuesta de intervención, los estudiantes de las otras carreras recién se acercaban al campo. Esto implicó que se sumaran a nuestro proceso de trabajo, constituyéndose en una dificultad, ya que el posicionamiento en el campo, los objetivos, la propuesta de intervención (las lecturas y reflexiones éticas y políticas) no fueron pensadas ni elaboradas de manera conjunta.

En segundo lugar, problematizamos el hecho de que este proceso “interdisciplinar” hubiese requerido más espacios de supervisión por parte de las referentes institucionales y más espacios de encuentro entre estudiantes. Esto no solo hubiera sido necesario para mejorar las dinámicas internas del equipo y facilitar los acuerdos, sino también para aprender y construir de manera conjunta esta experiencia. Sin embargo aprendimos a transitar esta situación de manera estratégica, ya que poco a poco nos fuimos acercando al rol de guías del proceso con los estudiantes, sobre todo en cuanto al diseño y planificación de las intervenciones y los criterios para llevarlas a cabo. En este sentido revalorizamos las instancias de supervisión y acompañamiento por parte de nuestros profesores guías; instancias que fueron fundamentales para escucharnos, orientarnos, contenernos y ayudarnos a mirar con mayor claridad esta y otras situaciones del proceso.

En esta línea, reconocemos que la pandemia y el consecuente aislamiento imposibilitó un encuentro semanal de forma presencial en el SMF con los otros estudiantes; situación que complejizó aún más el diálogo, el debate y la consolidación del equipo de trabajo como tal. A esto se le suma la complejidad e incertidumbre que se vivía según la propagación o disminución de contagios por covid-19, hecho que no permitió la planificación de actividades a largo plazo.

Para finalizar, revalorizamos la experiencia vivida ya que reconocemos se constituyó en un proceso de aprendizaje sumamente importante, que nos atravesó en nuestros modos de pensar y vivir la interdisciplina. En nuestra formación pocas veces nos hemos aproximado a la labor de los equipos interdisciplinarios y aún no habíamos tenido la posibilidad de hacer equipo con otras

profesiones. Así, nos parece importante remarcar la apertura y creatividad del SMF al proponernos esta modalidad de trabajo de la cual no solo aprendimos mucho, sino que también nos permitió visibilizar la importancia del Trabajo Social en los equipos de salud.

Sin embargo, no queremos cerrar este eje sin tensionar y remarcar los desafíos pendientes acerca de construir equipos de salud interdisciplinarios desde posicionamientos críticos que puedan dar cuenta el parcelamiento disciplinar vigente, como así también del lugar que ocupan las Ciencias Naturales de hegemonía y validación disciplinar, en comparación con las Ciencias Sociales. En este sentido, la interdisciplinariedad se constituye como un desafío pendiente a construir:

pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia. Dicho de otra manera, la interdisciplina en estos “nuevos escenarios” no solo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las “parcialidades” impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto (Susana Cazzaniga, 2002, p.8)

Y en estos desafíos pendientes de construcción de interdisciplinariedad, consideramos que al Trabajo Social le ocupa dar cuenta los conocimientos teóricos, políticos y epistémicos adquiridos e incorporados. Pudiendo dialogar con otros saberes desde un lugar argumentativo sobre la especificidad disciplinar desde un conocimiento situado. Conocimientos que en muchas ocasiones, sobre todo en los espacios de salud quedan invisibilizados, debido a la naturaleza interventiva<sup>15</sup> de Trabajo Social y la fuerte influencia del positivismo en la configuración del campo disciplinar.

### **3.3. Estrategias de intervención**

Con el objetivo de promover la accesibilidad a la Salud Sexual y (no) Reproductiva en conjunto con mujeres que asistieron al Servicio de Medicina Familiar del HNC, llevamos a cabo la Estrategia de Intervención Diagnóstica mediante el “Relevamiento Social Diagnóstico”. Los

---

<sup>15</sup> En donde la profesión se constituye en un mero hacer, desde un lugar subsidiario en donde es colocado solo al manejo de ciertas técnicas e instrumentos (Susana Cazzaniga, 2002)

objetivos específicos fueron indagar en los obstáculos y facilitadores en el acceso a Métodos Anticonceptivos y/o Interrupciones de Embarazo y promover el diálogo y la reflexión sobre aspectos de la salud sexual integral.

La estrategia diagnóstica, como ya hemos mencionado anteriormente, nos permitió en un primer momento dar respuesta a la demanda del servicio en relación a identificar obstáculos y facilitadores en el acceso a MAC e ILE/IVE en el SMF. Esta estrategia, como refiere Paula Gaitan (2016) posibilita la construcción de conocimiento para la intervención, la cual nunca es neutral. En esta construcción se juegan posicionamientos políticos, teóricos, éticos para indagar y mirar cierta problemática y a su vez se juegan miradas disciplinares. En ese sentido entendemos que esta estrategia nos permitió introducir y poner en relieve aspectos y dimensiones de la salud sexual desde la integralidad; para luego plantear posibles reflexiones para futuras intervenciones en ese sentido.

Entendemos la accesibilidad desde las nociones de hospitalidad y reconocimiento, lo que -como mencionamos en el capítulo 1- implica habilitar el encuentro con un otro, reconociéndole y dando lugar a las interpelaciones, incomodidades, demandas, preguntas para construir de manera conjunta (Ana Arias y Noelia Sierra, 2019). Este posicionamiento atravesó todo el proceso de construcción del Relevamiento Social Diagnóstico; y desde estos sentidos generamos las siguientes líneas de acción:

### ***Indagación y primer acercamiento a experiencias de accesibilidad***

Esta primera línea de acción, surge de la demanda inicial del Servicio de Medicina Familiar hacia nuestro equipo de estudiantes, buscando indagar en los obstáculos y facilitadores en el acceso a Métodos Anticonceptivos y/o Interrupciones de Embarazo. Diseñamos y llevamos a cabo esta línea de acción buscando realizar un primer acercamiento a las sujetas con quienes intervenir, una primera aproximación a sus experiencias y necesidades.

La misma fue llevada a cabo en conjunto con estudiantes de Medicina y Psicología, buscando realizar un trabajo “interdisciplinario”; lo cual también fue una demanda del SMF. En un primer momento llevamos a cabo encuentros y reuniones entre estudiantes y con el SMF buscando construir de manera conjunta un instrumento para indagar acerca de las experiencias vinculadas a Salud Sexual y (no) Reproductiva, de mujeres que habían asistido al SMF en el transcurso del último año (junio 2020 - agosto 2021). Decidimos utilizar la técnica de encuesta, la cual entendemos:

Como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características.(García Ferrando, como se citó en: Casas Anguitaa, Repullo Labradora y Donado Campos, 2003, p.1)

En este sentido la muestra seleccionada fue de 60 mujeres, contando con la participación de 30 de ellas. Las preguntas de las encuestas estuvieron centradas en la accesibilidad a Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, específicamente a MAC y a IVE/ILE; tanto en el SMF como en otras instituciones a las que hayan tenido que recurrir. Buscábamos conocer obstáculos y facilitadores y en ese sentido abarcamos obstáculos materiales y simbólicos (económicos, falta de información, religiosos/ideológicos, situaciones de violencia, contexto de pandemia, entre otros). A su vez, buscando conocer las experiencias y valorizar los sentires de las mujeres, decidimos realizar preguntas en relación a cómo fue el acceso (o no) a estos derechos: si se sintieron respetadas, acompañadas, informadas; si tuvieron que ir a más de una institución para poder acceder a una IVE/ILE y si estaban accediendo al método anticonceptivo que deseaban, entre otras.

Del proceso de construcción de las encuestas queremos destacar ciertas discusiones y acuerdos que establecimos, que hablan de nuestros posicionamientos en relación al campo de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, y en relación a las prácticas en específico:



Las encuestas fueron registradas, por un lado, en formato Google Forms, con preguntas cerradas que incluyeron diversas categorías a seleccionar y con algunas preguntas abiertas a desarrollar. Al ser una encuesta que completaba cada estudiante al momento de hacer la llamada (siendo estudiantes de diferentes disciplinas), consideramos necesario acordar con el equipo los conceptos que utilizamos, que abarcaba cada uno y frente a qué situaciones seleccionar cada categoría u opción.

Y por otro lado realizamos lo que decidimos llamar “registros ampliados”. Estos buscaron recuperar las voces, palabras, expresiones de las mujeres, recuperar sus relatos y ampliar el registro de sus experiencias. Decidimos no grabar las llamadas, y fue un posicionamiento ético político que disputamos en el equipo de trabajo, proponiendo otro tipo de estrategias e instrumentos para la tarea revalorizando la confidencialidad, el cuidado de las sujetas y la información que circulaba en las llamadas.

En este sentido, al momento de organizar la información para contactar a las mujeres, decidimos crear una planilla codificada (nombre, primera letra del apellido y los últimos 3 números del DNI). De esta manera buscamos resguardar la confidencialidad de las mujeres que accedieron al servicio, ya que éramos un grupo numeroso de estudiantes que tendríamos acceso a esa información.

También, discutimos acerca de la presentación que hicimos a las mujeres al momento de la llamada. En principio consideramos necesario ser cuidadosas con el manejo de la información y por lo tanto corroborar estar hablando con la persona indicada antes de introducir el llamado y la encuesta. A su vez acordar que sea un momento adecuado para las mujeres, y de no ser así coordinar para llamar en otro momento. La presentación daba a conocer los objetivos de la encuesta, destacando que la misma sería confidencial y voluntaria. A su vez decidimos mencionar lo valioso del aporte de cada una de las mujeres para seguir pensando de manera conjunta y a partir de experiencias concretas, acciones que construyan accesibilidad de los derechos sexuales.

Estas decisiones fueron resultado del proceso de aproximación al campo problemático, a partir de la reconstrucción histórica que realizamos en el capítulo I y de los posicionamientos políticos e ideológicos que compartimos como equipo de tesis.

### ***Dialogar sobre sexualidad***

Esta segunda línea de acción se constituyó a partir de la identificación de obstáculos y facilitadores en las encuestas telefónicas, buscando promover el diálogo y la reflexión sobre aspectos de la salud sexual integral en conjunto con mujeres. Esta actividad fue realizada solo por las estudiantes de Trabajo Social, siendo la entrevista semiestructurada la técnica principal.

Las entrevistas se realizaron a un subgrupo (2 mujeres) de la población seleccionada para las encuestas. En un primer momento intentamos realizar la entrevista a 5 mujeres, pero la convocatoria a las mismas no fue sencilla, creemos que por dos aspectos: las mujeres no nos conocían más allá del acercamiento telefónico en las encuestas, y a su vez no llegamos a generar un vínculo y a que nos reconozcan como parte del servicio. Además el hablar de sexualidad - de la propia sexualidad<sup>16</sup> - en general no resulta algo sencillo o simple, y menos si quienes te convocan a hacerlo son personas desconocidas (aunque las hayamos llamado de parte del SMF). Consideramos que estas condiciones al momento de la convocatoria resultaron en que las entrevistas fueran realizadas con 2 mujeres; de todas formas esto no quitó la potencia de las mismas.

Las entrevistas estuvieron organizadas en dos ejes: *responsabilidad (no) compartida*, buscando dialogar sobre las trayectorias de vida en relación a la elección - o no - y uso - o no -, de métodos anticonceptivos, a partir de disparadores como: ¿Recordás cómo llegaste a elegir ese método?, ¿En esa elección tus vínculos cercanos formaron parte?, o fue algo más personal?, ¿A lo largo de tu vida el uso de métodos fue algo de lo que te ocupaste solo vos?, ¿o las personas con las que tenías relaciones también se involucraron en eso?.

---

<sup>16</sup> El patriarcado, la colonialidad y el capitalismo han desfigurado la posición y saberes de las mujeres en el campo de la salud, posibilitando la medicalización y mercantilización de la vida. Esta expropiación de saberes permitió la apropiación de los cuerpos de las mujeres (y feminizados) como objeto de estudio y de políticas de salud, convirtiéndolos en tabú. (Carla Antonella Fernández, Lia Nobile Pascualides y Julieta Turconi, 2020)

El segundo eje fue sobre el *placer*, en donde de manera amplia buscamos dialogar en relación a representaciones, ideas, sentires en relación al placer y a la salud sexual de manera integral. Algunos disparadores fueron: ¿Qué lugar ocupa el placer en tu vida cotidiana?, ¿Qué cosas identificas que son placenteras para vos?, ¿Vinculas de alguna forma la sexualidad con el placer?, ¿Alguna vez escuchaste hablar de Salud Sexual?, ¿Con qué crees que tiene que ver?, ¿Crees que se habla de estos temas?, ¿En qué lugares te parece que deberían hablarse (o no) de la Salud Sexual?.

Consideramos que la entrevista semi estructurada, en cuanto a la técnica que elegimos para llevar a cabo esta línea de acción, nos permitió delimitar de forma previa los ejes y algunas preguntas-lineamientos que queríamos conversar en el encuentro con las mujeres; apostando a construir diálogo de saberes. Estos ejes y preguntas fueron pensados como algunas guías para orientar la conversación, y no como una estructura fija a seguir, permitiéndonos de esta manera el surgimiento de nuevas preguntas que no habían sido planificadas de forma previa (Karla Montserrat Rios Martínez, 2019).

Buscando romper con lógicas extractivistas, el momento de la entrevista se constituyó en un espacio de encuentro e intercambio, en un espacio de charla entre mujeres. Esto nos permitió dialogar, conversar en función de los intereses de cada una de las mujeres en ese momento. En ese sentido nuestra apuesta fue que el momento de encuentro fuera valioso, tanto para las mujeres como para las estudiantes.

Esta línea de acción fue muy significativa para nosotras como equipo de trabajo, ya que salieron discusiones y temas que nos atravesaron en cada entrevista, en tanto mujeres. Al mismo tiempo fue un espacio valioso para las participantes quienes pudieron/pudimos llevarse/llevarnos del encuentro alguna idea, información, pregunta, para seguir pensando acerca de la salud sexual integral. Habilitar momentos de encuentro desde el diálogo de saberes y experiencias, que inviten a la conversación, a la interpelación, a las preguntas, es parte de la construcción de accesibilidad de derechos desde la hospitalidad y el reconocimiento (Ana Arias y Noelia Sierra 2019).

### **3.4. Análisis de los datos relevados, aportes del Trabajo Social en Salud Sexual y (no) Reproductiva**

Luego del procesamiento de los datos obtenidos en el Relevamiento Social Diagnóstico por medio de las encuestas y entrevistas, es que como estudiantes de Trabajo Social nos dimos la tarea de aproximar algunos análisis acerca de los obstáculos y facilitadores en la accesibilidad a la Salud Sexual y (no) Reproductiva acerca de la salud sexual de forma integral.

Entendiendo a lo social, como una dimensión que ocupa un lugar central en los procesos de salud de las personas, afirmamos que para aproximarnos al abordaje de la salud sexual desde la integralidad, nuestra profesión adquiere un rol muy importante. Por ello, en los apartados siguientes presentamos y analizamos algunos de los datos y lecturas más relevantes, buscando valorizar el aporte del Trabajo Social en este campo.

Como hemos mencionado el RSD fue realizado en conjunto con 30 mujeres que habían accedido al SMF entre junio del 2020 y agosto del 2021 por consultas o turnos vinculados a Salud Sexual y (no) Reproductiva; específicamente acerca de Métodos anticonceptivos e Interrupciones del Embarazo.

Las personas que participaron de la encuesta, refirieron ser mujeres (cisgénero) que mantienen relaciones heterosexuales, en el rango de edad entre 17 y 46 años. Esto debido a que eran mujeres que habían accedido a los dos programas desde los que se trabaja salud sexual en el SMF, cuyo población objetivo son mujeres - y personas con vulva - en edad reproductiva (acceso a MAC y a IVE/ILE). Es debido a esto que nos referimos a “mujeres” y “varones” en términos binarios. También deseamos aclarar que no realizamos análisis de intersecciones significativas en relación a las condiciones de vida en el territorio (barrio) debido a que al momento de la encuesta más del 65% de las mujeres vivían en barrios diferentes.

#### ***3.4.1. Facilitadores para la accesibilidad a la Salud Sexual y (no) Reproductiva***

Consideramos necesario volver a expresar desde donde entendemos y hablamos de accesibilidad, para lo que volvemos a traer la propuesta de Ana Arias y Noelia Sierra (2019), y la

apuesta por complejizar esta noción. Entender al acceso a derechos solo como el acceso a bienes de consumo es una visión restringida de derechos, y entendemos va de la mano con la mirada biomédica de la salud. En ese sentido el “acceso” a Derechos Sexuales y (no) Reproductivos no puede reducirse al acceso a métodos anticonceptivos o a prácticas específicas como controles ginecológicos.

Cuando hablamos de facilitadores para la accesibilidad no nos referimos al acceso a bienes materiales, a recursos, o a “cosas” (como plantean las autoras), sino a la accesibilidad en términos de derechos recuperando la idea del acceso a “lugares”, desde las nociones de hospitalidad y reconocimiento. Hablamos entonces de las relaciones, de los sentidos, de las prácticas que circulan en las instituciones, del lugar que se le da (o no) a las mujeres para construir los abordajes de la salud sexual. Nos referimos a que tan “abiertas” están las instituciones, quienes trabajan en ellas, a dejarse interpelar, a dejarse preguntar, a hacerse preguntas, a incomodarse, a dejarse atravesar por las personas que acceden, reconociendo sus saberes, sus formas, sus intereses, sus preocupaciones, sus modos y sus deseos. Abrir estos espacios, hacer lugar, para ver que tienen (tenemos) las mujeres para decir sobre las sexualidades. Hacer lugar y habitar la incomodidad, hacernos preguntas, mirar las prácticas, los sentidos que tienen y reproducen.

En primer lugar, entendemos que el SMF, en cuanto a sus modos de trabajar, de atender y acompañar a las mujeres ha sido facilitador para la accesibilidad a la SSynR. Las mujeres han reconocido al mismo como un espacio en donde la gran mayoría se sintió acompañada (75%) y gran parte se sintió contenida (91%), respetada e informada. En cuanto a este último punto más del 90% de las mujeres que se realizaron ILE/IVE, expresaron que al momento de acudir al servicio comprendieron la información compartida por las profesionales, vinculada a sus consultas.

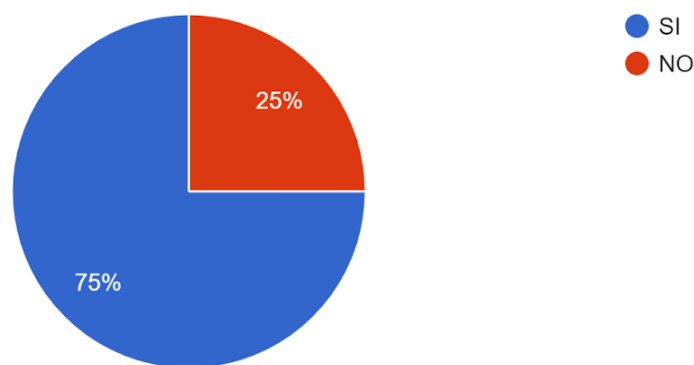
“(…) me pareció un buen recibimiento, sin prejuicios, sin cuestionamientos” “me sentí cómoda con el trato de la doctora”. “Me pareció completa [la información], me acerco folletos, me explico”. “Super completa”. (C5, encuesta telefónica, 1 de septiembre de 2021)

"(...) me sentí súper acompañada y sorprendida de la atención en la parte pública, anteriormente realice una interrupción en la parte privada por temor a maltratos"(C12, encuesta telefónica, 28 de septiembre de 2021).

"(...) me encantó porque me mostró que estaba para lo que necesitara y a su vez me daba mi espacio"(C13, encuesta telefónica, 7 de octubre de 2021).

"(...) me explico 10. Me dejó su número, me siguió los pasos, me escribió en todo momento"(C4, encuesta telefónica, 1 de octubre de 2021)

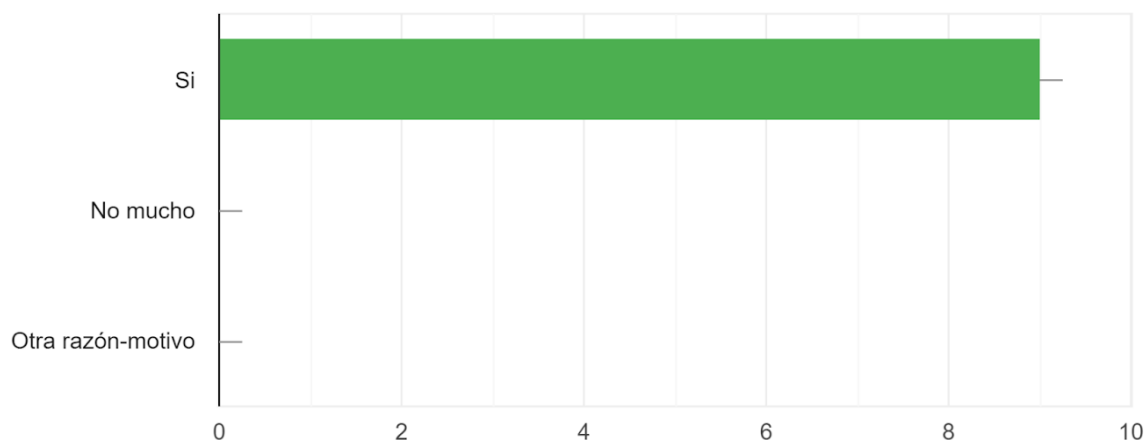
Luego de la IVE-ILE, ¿volviste concurrir al servicio a consultar sobre tu Salud Sexual?  
12 respuestas



En ese sentido, la mayoría de las mujeres que acudieron al SMF a realizar una IVE/ILE decidieron volver a seguir consultado sobre Salud Sexual, y relacionan esto a la atención que recibieron por parte del mismo.

Si la respuesta fue SI: Consideras que una de la razones para volver tuvo que ver con como te sentiste en el acompañamiento

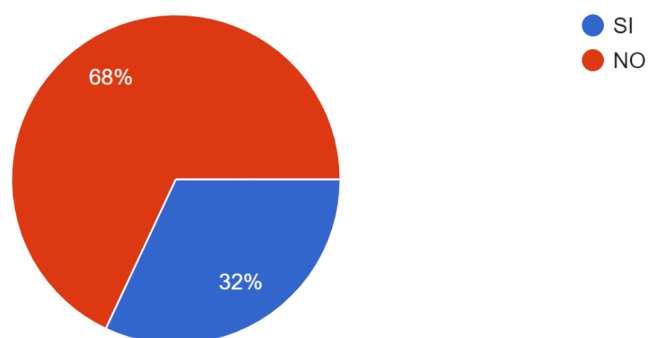
9 respuestas



Entendemos que los modos de trabajar de los profesionales de la salud se vuelve una dimensión fundamental en lo que respecta a la accesibilidad, mas aún si se entiende a esta desde una perspectiva de derechos. Reflejo de esto es el hecho de que la mayoría de las mujeres refirió no vivir cerca del Hospital Nacional de Clínicas, sin embargo lo eligen como espacio en donde consultar sobre su Salud Sexual y (no) Reproductiva. Este fue un dato que nos sorprendió y nos posibilita ver la potencialidad de este espacio en cuanto al acceso de los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos. A su vez nos habla de que la cercanía geográfica, no implica necesaria -ni directamente- accesibilidad a derechos, como se ve reflejado en el siguiente gráfico:

¿Vivís en algún barrio cercano al Hospital?

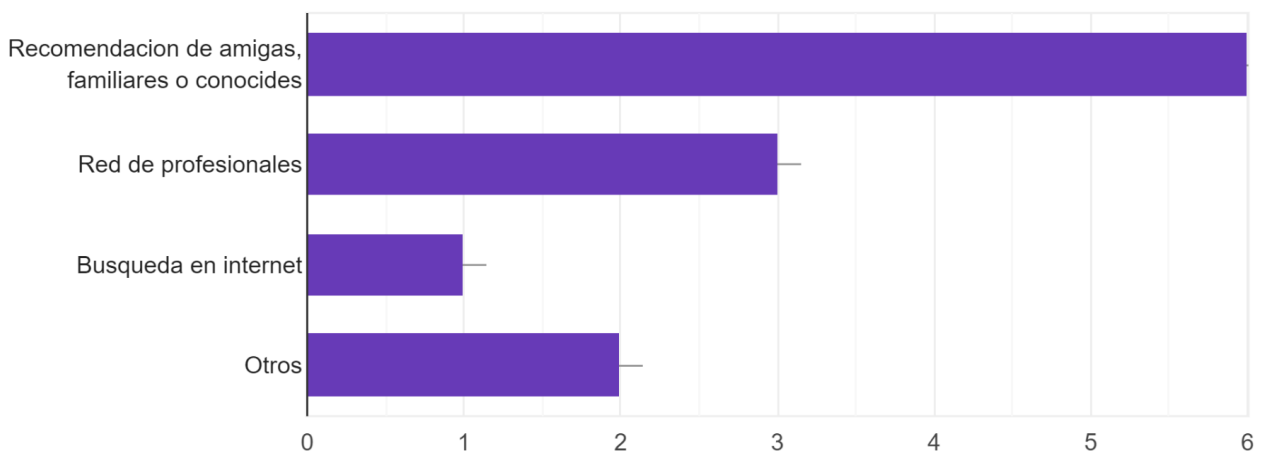
25 respuestas



Como otro dato significativo, recuperamos que el 50% de las mujeres que accedieron a una IVE en el SMF lo hicieron por recomendaciones de amigas o conocidas, lo que nos habla de la importancia de los vínculos y las redes entre mujeres al momento de construir salud sexual.

### Como te enteraste que en el SMF realizan interrupciones

12 respuestas



Dato que permite a su vez, dar cuenta que la accesibilidad no se da en términos de experiencias individuales, sino que, a la hora de elegir o no un espacio de salud también se ponen en juego las vivencias de las personas conocidas, amigas, familiares, entre otros vínculos.

“(…) totalmente, lo recomiendo a amigas, familiares o a quien lo necesite. Recomendadísimo” (C3, encuesta telefónica, 13 de septiembre de 2021).

“(…) una amiga me paso el contacto, Una amiga que ya se había hecho la interrupción, ya era legal” (C4, encuesta telefónica, 1 de octubre de 2021).

La recomendación entre mujeres habla de hacer colectivo el acceso a la salud. En ese sentido Raquel Gutiérrez Aguilar (2018) nos habla del “entre mujeres” como aquellas prácticas cotidianas que nos generan fuerza y claridad las unas a las otras, y que posibilitan impugnar formas de violencias que se ejercen sobre las mujeres tanto en espacios públicos como privados. Este recomendar a otra un espacio que (como la gran mayoría refirió en las encuestas) ha sido vivenciado como respetuoso y seguro es una manera de construir un “entre mujeres” ante las



múltiples violencias y prácticas de disciplinamiento que, social e históricamente, se han ejercido sobre nosotras en el (no) acceso a la práctica del aborto.

Es importante buscar y compartir experiencias con otras. (...) también sobre esto yo intento siempre ayudar a mis pares y amigas para pasarles el contacto para que puedan sentirse igual de bien que yo cuando vine. La contención, y acompañamiento es muy importante. (EP1, entrevista presencial realizada en el Hospital Nacional de Clínicas, 19 de noviembre de 2021).

Como mencionamos durante el desarrollo de estos tres capítulos, son los feminismos y la acción colectiva, lo que viene habilitando y posibilitando transformaciones sociales que atraviesan la vida de las mujeres. En ese sentido Raquel Gutiérrez Aguilar (2018) plantea que:

Se ha gestado con fuerza en un abanico inmenso de grupos de mujeres, a veces explícitamente feministas -y a veces no- que han aprendido a tejer alianzas en muchos planos de la existencia. Desde ahí también se ha gestado el levantamiento habilitando espacios en los que se encuentran vidas diversas que comparten sufrimientos individualizados y vividos singularmente (p. 3).

En ese sentido recuperamos el relato de una de las mujeres que nos habla de estas prácticas colectivas y feministas:

Los espacios entre mujeres son muy importantes, en mi experiencia las socorristas me ayudaron a reconocer las situaciones de violencia que viví. Entre mujeres se dan conversaciones que van limpiando tanta carga de dolor sobre nuestros cuerpos. Las cooperativas, ferias en Alberdi, grupos de madres, mujeres. Lugares cómodos para todas como los círculos de mujeres. (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021).

Consideramos también, que la participación del SMF en la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir también nos habla de un hacer colectivo en pos de garantizar el derecho de las mujeres a decidir sobre el propio cuerpo. Esto también se constituye como facilitador a la accesibilidad ya que, en segundo orden (25%), las mujeres llegaron al SMF mediante el recurso de instituciones de la Red: “lo encontré en la página web (RPDD) en la que compartían lugares seguros donde realizar IVE” (C10, encuesta telefónica, 1 de octubre de 2021).

Entendemos que estas prácticas son parte de los procesos de salud de las mujeres, por lo tanto parte de la salud sexual, la cual se construye desde saberes, lugares y prácticas diversas. En ese sentido las mujeres comparten:

“(…) estuve charlando con gente para saber cómo le iba con el DIU. Buscar otras verdades más allá de la médica, por más de que la adoro a mi médica” (EP1, entrevista presencial realizada en el Hospital Nacional de Clínicas, 19 de noviembre de 2021).

“(…) para mí, se debería hablar de salud sexual en centros comunitarios en Alberdi, lugares abiertos, lugares con diferentes edades. También encuentros grupales entre mujeres, en hospitales también, en parques entre mujeres, en centros culturales” (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021).

Finalmente y en un sentido abarcativo, recuperamos los registros ampliados del relevamiento para mencionar el hecho de que la mayoría de las mujeres que accedieron a una IVE en el servicio (85%), se refirieron al procedimiento con gran naturalidad; y algunas compartieron que habían podido acceder a información previamente a la consulta y a la interrupción. Recuperamos este dato para vincularlo a las luchas de los movimientos feministas y a la sanción de la ley 26.610 de IVE; ya que, a partir de estas, las representaciones sociales acerca de la maternidad como único destino, empezaron a cuestionarse en diferentes y variados espacios de la vida social.

Consideramos que esta ley y el derecho a decidir que institucionaliza, introduce también una transformación con respecto al abordaje de la Salud Sexual y (no) Reproductiva. Si bien aún queda

mucho trabajo para garantizar su efectiva implementación, este cambio en el abordaje favorece la autonomía de las mujeres en los procesos vinculados a la SSynR.

### 3.4.2. *Obstáculos y dificultades: mirar desde la integralidad*

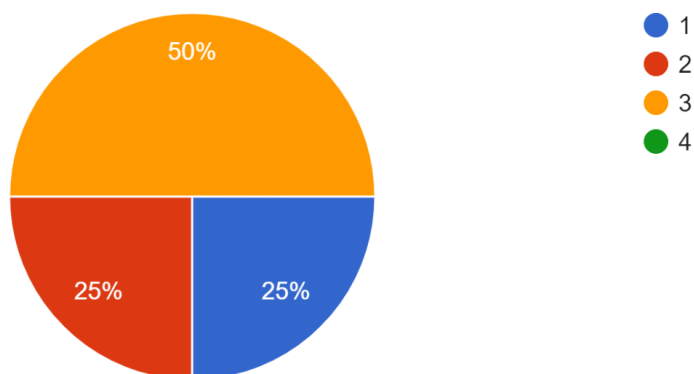
Cuando nos referimos a obstáculos y dificultades en la accesibilidad a Salud Sexual y (no) Reproductiva, se vuelve necesario mirar y recuperar la integralidad e interseccionalidad de las situaciones que vivencian las mujeres; y no solo la atención brindada desde los espacios de salud. Entendiendo integralidad como una noción que atraviesa la totalidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. En este sentido, durante el Relevamiento Social Diagnóstico, las mujeres hicieron referencia a una diversidad de obstáculos (para el acceso a ILE/IVE y MAC) que incluyen desde dificultades económicas, hasta el contexto de pandemia o situaciones de violencia de género.

#### Interrupción Voluntaria del Embarazo

En primer lugar, retomamos como significativo que más del 30% de las mujeres que se realizaron una IVE tuvieron que consultar en más de un espacio de salud antes de llegar al SMF; en cantidad de personas esto significa que de las 12 encuestadas por IVE/ILE, 4 mujeres tuvieron que consultar en varios espacios de salud antes de que se garantice su derecho al aborto en el SMF.

¿A cuantos lugares tuvo que ir la persona antes de acceder a una IVE-ILE en el SMF?

4 respuestas



En ese sentido la “objeción de conciencia<sup>17</sup>” es un gran obstáculo para el acceso a los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, no solo en la negación del acceso al derecho a la interrupción de un embarazo, si no por las múltiples violencias que atraviesan las mujeres en estos procesos.

“(…)Fue horrible, pase por 3 médicos que eran objetores, hasta que una me dio el número de la dra del clínicas”(C14, encuesta telefónica, 8 de octubre de 2021).

“(…)Consulte en más de 2 centros de salud pero me decían que no tenían la medicación, o que estaban de vacaciones”(C15, encuesta telefónica, 20 de septiembre de 2021).

“(…) Cuando supe que estaba embarazada no fui al centro de salud de mi barrio porque no hay buena ginecología. Una vecina mía fue a consultar para hacer la interrupción, pero le dijeron que no porque la ginecóloga está del bando de las dos vidas” (C6, encuesta telefónica, 24 de septiembre de 2021).

Otro obstáculo que deben enfrentar las mujeres que buscan acceder a la interrupción del embarazo tiene que ver con el momento de realizar la ecografía previa para determinar las semanas de gestación. Dicho procedimiento se vuelve una experiencia hostil para muchas personas, en tanto casi la mitad de las mujeres (45%) refirieron no sentirse respetadas o cómodas durante la ecografía debido a las violencias simbólicas que deben atravesar. La más común de estas violencias es forzar a las mujeres a escuchar los latidos del feto o aguantar los comentarios de los profesionales.

“(…) me sentí muy mal, no recuerdo donde me la hice pero sí que el ecografista me felicitaba, me hacía escuchar los latidos y yo tenía que poner cara de como que la estaba pasando bien, salí llorando”(C16, encuesta telefónica, 26 de septiembre de 2021).

---

<sup>17</sup> Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Art. 10: (Sólo) el o la profesional de salud que deba intervenir de **manera directa** en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. Art 11: Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante consultó.

"(...) me hice la ecografía en la parte privada para hacerla rápido, y escuche los LCF (latidos cardiacos fetales). Igualmente iba preparada, porque ya sabía cómo se podían manejar con estos temas" (C12, encuesta telefónica, 28 de septiembre de 2021).

"(...) me insistieron muchas veces en mostrarme los latidos. no sabia que era una interrupción, y me insistió en mostrarme los latidos del bebe, yo no quería generar ningún vínculo, la ecografía era para ver las semanas nomas" (C11, encuesta telefónica, 23 de septiembre de 2021).

Como a lo largo de este Trabajo Final de Grado venimos enfatizando, entendemos que la gran cantidad de violencias relatadas durante este proceso tiene que ver con las expectativas sociales y el lugar en la sociedad en el que las mujeres fuimos y seguimos siendo ubicadas. En donde la maternidad aparece como el único camino viable, deseable y esperable en términos de "realización social, personal y familiar". De allí que, cuando alguna de estas mujeres intenta decidir sobre su propio cuerpo y sobre su trayectoria de vida, los profesionales, personas de la sociedad, entre otras, creen necesario "reubicarlas" al camino del que se están desviando; durante este proceso se encuentran habilitadas todo tipo de violencias (psicológicas, simbólicas, físicas, digitales, entre otras) que colaboren para delimitar y culpabilizar a las mujeres, en este caso, por dicha transgresión.

### Métodos Anticonceptivos

En cuanto al acceso a los métodos anticonceptivos (MAC), reconocemos que el contexto socioeconómico de pandemia por Covid 19 se configuró como un obstáculo para la accesibilidad, en varios sentidos. Durante el relevamiento el 65% de las mujeres identificaron el contexto de pandemia como limitación, en tanto obstáculo para el acceso a métodos anticonceptivos. Por un lado, debido a los faltantes de algunos de MAC, como la inyección anticonceptiva o DIUs. Lo cual comprendemos, vulneró el derecho a elegir qué método usar, impactando a su vez en la continuidad en el uso de los mismos y al acceso a estos de forma gratuita.

Por otro lado, "la burocracia" para entrar al hospital se constituyó en otra limitación, ya que con la implementación de las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y el

Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) el sistema de ingreso al hospital se vio fuertemente modificado, instaurando otras formas de acceder al mismo. Durante el proceso de prácticas, la única forma de acceder al hospital era mediante turno previo (turnos que en muchas ocasiones eran con varios meses de espera) y la posterior anunciación a los guardias de seguridad del HNC (que se encontraban en la puerta de ingreso).

Comprendemos que esta situación se constituyó en un obstáculo para la accesibilidad al Hospital, en tanto no solo se accede al hospital para realizar alguna consulta sobre alguna dolencia en particular, o para el seguimiento de algún tratamiento; sino que en muchas ocasiones las personas acuden al hospital a buscar papeles, certificados o se dirigen al área de farmacia a retirar medicamentos, MAC en este caso, entre tantas otras. En este sentido, si tenemos en cuenta que los turnos tenían demora, y sin turno los guardias no permitían el ingreso al establecimiento, vemos como consecuencia directa que la accesibilidad tanto a los servicios médicos, como para retirar MAC, se vio obstaculizada.

“(…) deje de ir por la cuarentena, no te dejaban pasar, era todo con turno, fui una vez pero era todo con turno, encima los turnos son cada 4 meses”(C8, encuesta telefónica, 20 de septiembre de 2021).

“(…) el único obstáculo es entrar al hospital, por los guardias de seguridad... Un día me estaban esperando para darme una receta y no me dejaron pasar porque no tenía turno. La doctora me la tuvo que dar por la ventana”(C7, encuesta telefónica, 27 de septiembre de 2021).

Por último recuperamos que algunas de las mujeres refieren a la falta de tiempo y dificultades económicas como obstáculos para continuar usando MAC, asistir a las consultas y acceder al método de preferencia. Esto se relaciona con la sobrecarga de tareas y responsabilidades que de forma histórica han (y siguen siendo) asignadas a las mujeres.

“(…)llámame más cerca de las 21hs que es cuando estoy más tranquila, bah mas tranquila, sigo haciendo cosas hasta las 12 de la noche, tengo dos hijos chicos”(C8, encuesta telefónica, 20 de septiembre de 2021).

Como venimos diciendo, las mujeres han sido las “destinatarias” de las políticas de control demográfico y luego de las políticas en Salud Sexual y (no) Reproductiva. Esta situación conlleva entender a las mujeres como las responsables del uso de métodos anticonceptivos, desde la misma mirada biologicista, patriarcal y capitalista que también nos ha hecho responsables de un embarazo, de las crianzas de hijes y el trabajo doméstico, entre tantas otras. Es decir responsables de la reproducción - o no <sup>18</sup>- de la fuerza de trabajo para el capitalismo (Federicci, 2013).

Es entonces que el trabajo doméstico y las tareas de cuidado, que esto implica, ha sido -y aun es- es funcional a la reproducción y sostenimiento del sistema capitalista, patriarcal, colonialista y capacitista; siendo una imposición disfrazada de atributo natural “en vez de ser reconocido como trabajo ya que estaba destinado a no ser remunerado” (Federicci, 2013, p.37). En este contexto las mujeres cargan con doble o triple jornada laboral: el trabajo dentro de la casa, fuera de la casa y para muchas el trabajo de participación comunitaria o barrial.

Como hemos podido ver, el patriarcado establece relaciones de dominación y de poder entre los cuerpos que habitan la sociedad. Las mujeres y aquellas corporalidades feminizadas están en posiciones de subordinación, ocupándose de aquellos roles/tareas/trabajos más explotados, menos reconocidos y peores pagos. Paradojalmente, son esas tareas de cuidado y reproducción centrales para la sostenibilidad de la vida (Gabriela Bard Wigdor, Paola Bonavitta, 2021, p. 108).

Resaltamos que este dato (la falta de tiempo como obstáculo) no había sido considerado al momento de construir las encuestas, pero nos resulta sumamente significativo para seguir

---

<sup>18</sup> Como expresamos en el Capítulo 1 las políticas de control demográfico “regulaban” el crecimiento poblacional ejerciendo un control sobre el cuerpo de las mujeres; llegando incluso a imponer el uso de métodos anticonceptivos, o a realizar esterilizaciones forzadas (Nina Zamberlin, 2004).

analizando y visibilizando las múltiples responsabilidades que son asignadas a las mujeres. El hecho de no haber incorporado este obstáculo, da cuenta de la naturalización y el poco cuestionamiento acerca de la sobrecarga de responsabilidades. Entendemos que esta falta de tiempo habla de los procesos de salud de las mujeres.

“(…) tengo 3 trabajos, y por eso no pude volver al servicio a continuar usando Anticonceptivo inyectable” (C16, encuesta telefónica, 26 de septiembre de 2021).

“(…) no puedo retirar las pastillas por el horario de la farmacia, pero me las puede retirar una amiga” (C12, encuesta telefónica, 28 de septiembre de 2021).

### **3.5. Posibles rumbos**

En este apartado reflexionamos acerca de sentidos y prácticas en los abordajes de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, buscando visibilizar cómo atraviesan y construyen procesos de salud las mujeres. Con estas reflexiones queremos poner en relieve aspectos invisibilizados y en muchos casos negados, que entendemos son necesarios de abordar desde los espacios de salud.

#### **3.5.1. ¿Responsabilidad de quienes?**

Como venimos desarrollando a lo largo del trabajo, históricamente las mujeres en edad reproductiva han sido la población destinataria de las políticas sobre salud sexual. Y a pesar de que en los últimos años se han impulsado cada vez más acciones para ampliar la accesibilidad a la salud sexual a otras identidades y corporalidades, desde los espacios de salud persisten aún abordajes que siguen proponiendo a las mujeres cis como las únicas destinatarias de las intervenciones en este campo. Es por esto que consideramos relevante retomar el dato acerca de que *la totalidad de la población encuestada se identifica como “Mujer Cis”*, para repensar el lugar que se nos asigna a las mujeres en el abordaje de la Salud Sexual y (no) Reproductiva, problematizando el lugar (no) asignado a los varones.

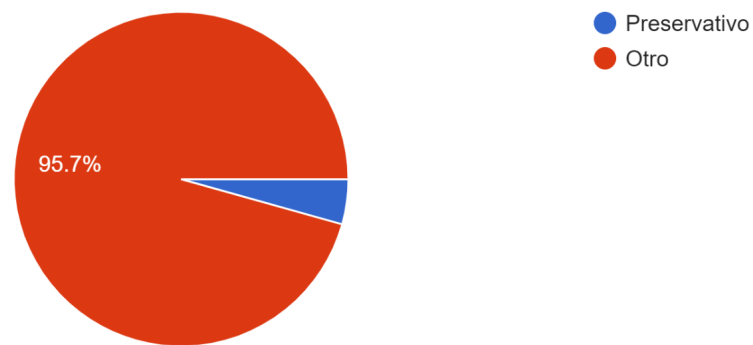
En ese sentido, consideramos necesario reflexionar acerca de que solo el *4% de las mujeres refirió utilizar métodos anticonceptivos de barrera (preservativo) en sus relaciones sexuales*. Al ser



las encuestadas y entrevistadas mujeres que mantienen relaciones heterosexuales nos preguntamos acerca de la poca participación de los varones en el uso de métodos anticonceptivos y el involucramiento en la salud sexual<sup>19</sup> propia y de sus parejas. En vinculación con el dato anterior, vemos que las mujeres deben cargar no solo con la responsabilidad social (médica) e históricamente asignada acerca del “cuidado” de la salud sexual, sino que también y debido a esto deben cargar por sí solas con la responsabilidad de la elección, uso y sostenimiento del método anticonceptivo elegido.

Si estas usando algun MAC, ¿cual?

23 respuestas



Como hemos analizado, la poca participación de los varones en el campo y abordaje de la Salud Sexual y (no) Reproductiva tiene sus raíces en un sistema social, cultural patriarcal, colonial capitalista, que pone a la “sexualidad”, al goce y el placer como temas restringidos solo a los varones, negando estas dimensiones a las mujeres e identidades feminizadas, mientras las responsabiliza de la (no) reproducción. Debido a esto, es que en muchas ocasiones, las políticas sociales y los servicios de salud, abocados a atender la SSynR, desestiman el papel clave de los varones en la salud sexual propia y de sus parejas, en la responsabilidad frente a los métodos anticonceptivos y en la prevención de infecciones de transmisión sexual.

En ese sentido, una de las trabajadoras del servicio nos comparte que esto:

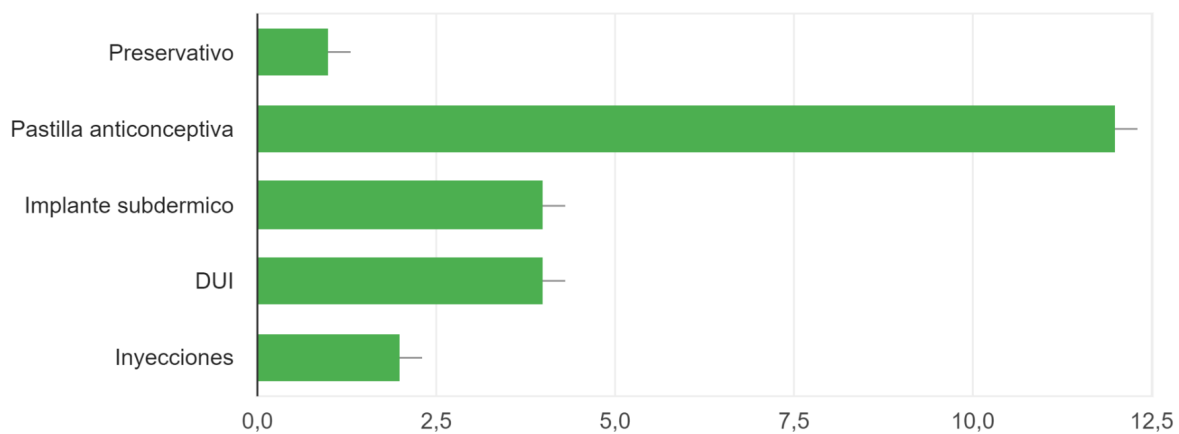
---

<sup>19</sup> El dato mencionado también aporta a la reflexión acerca del lugar de la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y la importancia de brindar información confiable e impulsar testeos regulares, aunque no es el sentido de este apartado poner el foco en este análisis.

“(…) atraviesa también los ámbitos de investigación, porque todo lo que tenemos disponible de anticoncepción es para las mujeres, y no importa si el anticonceptivo te baja la libido o te llena de granos... pero al hombre no le vamos a hacer una vasectomía, le vamos a preguntar mil veces a ver si se puede hacer un tajito así. Y eso tiene que ver con la percepción médica, porque son los mismos médicos. Yo derivé un pibe de 25 que quería hacerse la vasectomía, que estaba seguro que no quería ser padre, y lo rebotaron como 20 veces ‘que sos muy joven, que si después te arrepentís’” (E3, entrevista virtual 26 de octubre de 2021).

Si estas usando algún MAC ¿cual?

23 respuestas



La responsabilización y sobrecarga pueden verse claramente en los gráficos propuestos, en donde más del 50% de las mujeres refieren usar pastillas anticonceptivas. Varias mujeres comentaron que la elección de este método no siempre es una decisión informada y desde el deseo, sino que muchas veces el método elegido está en falta y la recomendación médica es tomar las pastillas anticonceptivas.

Uso pastillas anticonceptivas, no había más opción, ni información de que te genera eso en el cuerpo más allá de prevenir un poco el embarazo. No se hablaba tampoco de otros métodos, era la única opción. A veces prefiero no usarlas por los cambios en el cuerpo, en el ciclo menstrual y no hay información sobre eso. (EP1, entrevista presencial realizada en el Hospital Nacional de Clínicas, 19 de noviembre de 2021)

Reconocemos que las pastillas anticonceptivas son un método válido y ampliamente difundido para la prevención de embarazos, que a muchas mujeres les ha posibilitado tomar decisiones autónomas sobre sus propios cuerpos y vidas. Sin embargo la discusión que queremos traer en este apartado, es que si queremos trabajar la salud sexual de manera integral, no es suficiente que las mujeres elijan un método anticonceptivo para prevenir un embarazo. Esto es importante, pero es solo una pequeña parte del abordaje de la salud sexual. Como equipo consideramos que hay muchas otras situaciones que se ponen en juego en un vínculo y en un encuentro sexual más allá de la posibilidad de un embarazo, sobre todo cuando hablamos de vínculos heterosexuales y las violencias a las que están expuestas muchas mujeres.

Mi historia es triste con los métodos, desde chica yo pensé que iba a ser lesbiana, quería donar mi útero; desde chica quería ligar mis trompas, pero me dijeron que no. En cuanto a las pastillas, yo las compraba, pero tuve una pareja con la que no podía usarlas, reconozco la violencia sexual que viví, tuve que tomar 4 veces la pastilla del día después. (...) Él quería una hija y yo fui complaciente, empecé a sumirme, a tener dolores, reconocerme en mi propio cuerpo. Hoy reconozco los límites. (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021)

En este sentido reflexionamos acerca de los abordajes sobre salud sexual desde los espacios de salud y la idea de “intervenciones exitosas”. A veces se piensa que cuando una mujer acude a la consulta con una demanda de IVE, hubo una intervención previa (vinculada a métodos anticonceptivos) que no fue exitosa o eficaz. Sin embargo proponemos realizar una mirada mas amplia, cuestionando el mandato de productividad que a veces impera en los espacios de salud y buscando cambiarlo por la pregunta ¿pudo acceder la persona al derecho a la salud?. El hecho de que una persona venga a realizarse una IVE a cierto espacio de salud, también nos habla de intervenciones exitosas, ya que la persona reconoce la autonomía sobre su propio cuerpo y al espacio de salud como respetuoso de sus derechos. Además una vez realizada la interrupción, nos abre la posibilidad de reflexionar en conjunto acerca de otras dimensiones de la salud sexual, los

vínculos y violencias por ejemplo, o la responsabilidad (no) compartida en el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.

Nos parece urgente comenzar a abordar la salud sexual desde la integralidad, pero para hacerlo, debemos abandonar la idea de “intervención exitosa o no exitosa” y aprender a mirar desde la perspectiva de accesibilidad. En esta forma de comprender la salud sexual, se vuelve necesario visibilizar y problematizar en conjunto con las mujeres la responsabilización y sobrecarga mental - y multidimensional- que opera en nosotras y sobre nuestros cuerpos.

[La responsabilidad del uso de los métodos es] mitad y mitad, no [hay que] estar esperando, es tu cuerpo, si vos no te cuidas.... Por ejemplo, la pastilla del día después, vos tenés que ir a comprarla, pagarla y tomarla.... Pero si, aunque tengo una pareja estable, la que toma la iniciativa en el uso de los métodos soy yo. (EP1, entrevista presencial realizada en el Hospital Nacional de Clínicas, 19 de noviembre de 2021)

“(...) si, con mi marido nos cuidamos, yo tomo las pastillas anticonceptivas” (C8, encuesta telefónica, 20 de septiembre de 2021).

Creo que hay que hablar también de autoestima. Lo que siento que tengo que hacer para que me quieran. También hablar de que nos pasa a las mujeres a nivel emocional, dentro de un encuentro sexual. o en la discusión con un varón para que se ponga el preservativo. (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021)

En conclusión, consideramos que a partir de los datos relevados, es necesario que desde los espacios de salud se impulsen miradas y abordajes más amplios, que busquen trabajar otras dimensiones de la Salud Sexual y (no) Reproductiva más allá de los ya conocidos y trabajados (ITS, MAC, IVE/ILE). En este sentido, es fundamental empezar a correr la mirada desde lo lineal hacia la integralidad de la salud sexual, reconociendo dimensiones centrales como: los vínculos, la autoestima, las violencias, el placer, el rol de las parejas, la responsabilidad (no) compartida, entre otras.

En cuanto a esto último, nuestra propuesta es que sería de suma importancia diseñar intervenciones en SSynR que busquen reconocer el rol de los varones en la (no) reproducción y en la salud sexual en general. Esto no solo para apuntar a la construcción de nuevas masculinidades involucradas e informadas, sino también para hacer de la anticoncepción un tema que no solo involucre (y sobrecargue) a las mujeres. Para seguir reflexionando sobre esto, cerramos este apartado con algunas preguntas: ¿Qué otras situaciones deben cargar por sí solas las mujeres además del método anticonceptivo? ¿La responsabilidad y preocupación de usarlo adecuadamente? ¿De que no falle? ¿De un embarazo no intencional?. Con toda esa sobrecarga mental - y multidimensional-, ¿Qué lugar queda para el placer y el disfrute en las relaciones sexuales? ¿A alguien le importa si las mujeres tienen relaciones sexuales placenteras?.

### ***3.5.2. “Nosotras también podemos sentir placer” (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021)***

A lo largo de los tres capítulos fuimos mencionando diferentes puntos, dimensiones y posicionamientos éticos, epistémicos y políticos, que consideramos son sumamente necesarios y urgentes a la hora de abordar y complejizar las prácticas que hacen a la Salud Sexual y (no) Reproductiva. Y es desde este lugar, en el que nos posicionamos y elegimos comprender el campo de la SSynR en donde la noción de justicia sexual, justicia erótica, aparece como el horizonte hacia donde queremos ir y transitar.

Para comprender que se entiende por justicia sexual o porque tenemos que hablar de justicia sexual, primero es necesario dar cuenta que la sexualidad se configura en una práctica cultural, social, económica y política, atravesada por estructuras de poder capitalistas, colonialistas y cisheteropatriarcales (Gabriela Bard Widgor, 2019). “De este modo, la sexualidad humana es tanto cuerpo y deseo, como una configuración de representaciones sociales dominantes y condiciones materiales de existencia” (Gabriela Bard Widgor, 2019, p.33).

En este sentido, si bien la sexualidad es vivenciada de múltiples formas, deseos, y según la trayectoria de vida de cada persona, no todas las personas tiene los mismos derechos y “permisos

sociales” de ejercer y vivir la sexualidad con la misma libertad y autonomía sobre sus decisiones, y frente a esto, no toda sexualidad se vuelve placentera y elegida.

Expresiones sociales tales como:

***“Si te gusta el durazno, bancáte la pelusa”***

***“Si abriste las piernas jódete”***

***“Si abriste las piernas también puedes abrirlas para parir”***

se han y siguen reproduciéndose socialmente (en las familias, espacios de salud, escuelas, entre otros) para justificar y violentar a las mujeres por tener sexo, desear y sentir placer. En este sentido, el sentir placer para las mujeres se constituye como un permiso social para ser castigadas, mientras que en el caso de los varones el sexo y el disfrute se constituye en un motivo de status social, pertenencia y virilidad. En suma, el castigo es aún mayor si una mujer se atreve a desear, a tener sexo y además decide sobre propio cuerpo y trayectoria de vida, por medio de una Interrupción Voluntaria del Embarazo, por ejemplo.

Retomando a Gabriela Bard Widgor (2019) enfatizamos que para hablar de justicia sexual, el capital erótico debe ser redistributivo entre todas las corporalidades existentes, y eso no es posible sin la redistribución de todas las formas de riqueza material y simbólica. En este sentido, se vuelve imprescindible reconocer el acceso desigual al capital erótico, capital que se entrelaza con el acceso desigual al trabajo, a los salarios, con la sobrecarga de las tareas de cuidado y trabajo doméstico, entre tantas múltiples desigualdades y violencias que condicionan y posicionan a las mujeres en un lugar inferior y de desigualdad. “El placer como último lugar, como lo olvidado” (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021).

Durante las conversaciones que se sucedieron en el marco de las entrevistas en profundidad durante el relevamiento, una de las entrevistadas expresó “las mujeres somos un canal de descarga para los hombres” (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021). Frente a esto, reafirmamos que el lugar de decidir sobre lo que se desea, sobre lo que erotiza, en muchas ocasiones ocupa un lugar secundario, relegado en las relaciones sexuales con varones heterosexuales. En muchas

ocasiones, desde una lógica patriarcal y heteronormativa, el sexo representa la entrega total hacia un otro, un pacto en donde los cuerpos de las mujeres se intercambian por compromisos afectivos masculinos. Y es en esta entrega, y desde una posición subalternizada, que frente a la idea de cuidado y amor, las mujeres han sufrido y sufren de modo directo o indirecto situaciones de violencias (Gabriela Bard Wigdor, 2019).

En Argentina la Ley 26.485 de “protección integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ambitos en que se Desarrollen sus Relaciones Interpersonales” define la violencia sexual como cualquier acción que implique la vulneración del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, convivan o no (Gabriela Bard Wigdor, 2019, p.36).

En este sentido, las mujeres entrevistadas frente a la pregunta de ¿Vinculas de alguna forma la sexualidad con el placer? Respondieron que: “sí, a veces sí y otras no. Por ejemplo el orgasmo, éxtasis... es algo hermoso” (EP1, entrevista presencial realizada en el Hospital Nacional de Clínicas, 19 de noviembre de 2021).

“La sexualidad es placer, no solo por lo genital, es un respiro físico ante tanta carga mental y dolor social.” ”(...) La sexualidad debería ser placer”(EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021). De allí es que podemos visibilizar que las mujeres entrevistadas reconocen vinculaciones entre sexualidad y placer, sin embargo y como párrafos arriba analizábamos, el placer en muchas ocasiones, se constituye como un deseo a negociar.

En esta línea, y como la cita que titula este eje lo menciona, nos interesa reflexionar sobre las desigualdades en la accesibilidad al capital erótico, el placer; pero no sin preguntarnos “¿Qué placer? ¿Esa idea de placer falocéntrico activo pasivo multiorgasmo que se convierte en un producto y en un consumo?” (Adriana Guzman Aroyo, prólogo del libro: por la Justicia Sexual,

p.1). Frente a una nula o escasa implementación de la ley de ESI de forma transversal, en los años de enseñanza primaria y secundaria y ante la ausencia de información por parte de referentes afectivos, son la televisión y la industria de la pornografía quienes se han y siguen encargándose de llenar esas dudas y preguntas sin respuestas. Y es en este lugar que los medios masivos y la industria de la pornografía se encargan de instaurar y legitimar, a partir de una visión heterosexual y patriarcal, que es lo esperable en el sexo, como sentir placer, que debe ser satisfactorio, roles, entre otras; legitimando entonces una sola corporalidad delgada, blanca, sin discapacidades, pelos, cicatrices, etc, como aquella única corporalidad esperada y deseada.

En esta línea, una de las mujeres entrevistadas expresó que:

Es muy complejo romper con muchos esquemas, el tema de la belleza, la delgadez, qué tipo de cuerpo, fetichismos. La objetualización<sup>20</sup> sobre nosotras es re fuerte, es re fuerte no sentir vergüenza. Romper con los arquetipos. Sobre ese dolor me edifico, para no sentir debilidad frente a esos deberes de cómo deberíamos vernos. Es sobre esos mismos dolores, saber lo que causa. Es muy fuerte que las personas no se sientan valiosas, que están silenciadas, por no cumplir con esos estereotipos. (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021).

En otras palabras, consideramos que es sumamente necesario problematizar cuál es la idea o noción sobre el placer que se vuelve universal y hegemónica, como así también qué corporalidades merecen ser deseadas y cuáles no. En la pregunta de ¿Qué placer? ¿Qué placeres? Y ¿Quiénes merecen sentir placer?, también debemos preguntarnos de sí el placer o deseo solo se puede reducir a una práctica sexual individual y de un único modo: heterosexual, falocéntrico<sup>21</sup> y coitocéntrico<sup>22</sup>. En ese sentido, una de las mujeres entrevistadas expresa que encuentra y siente placer en:

---

<sup>20</sup> La objetualización consiste en que la mujer aparece retratada como un simple instrumento.

<sup>21</sup> Se entiende por falocentrismo a la idea de que el falo- pene, siempre asociado a un “órgano masculino” se constituye en el centro de las prácticas sexuales y de la organización social

<sup>22</sup> Noción que entiende al coito como lo central en las relaciones sexuales



aprender y compartir con otros, pasar tiempo con mi hijo, hacer cosas que me mantienen activa. También sentirme útil. Estar acá charlando sobre esto con ustedes me genera placer, mirar el placer en la vida, en las pequeñas cosas, a veces pasan cosas que no te dejan ver esas cosas en lo cotidiano... lo simple. EP1, entrevista presencial realizada en el Hospital Nacional de Clínicas, 19 de noviembre de 2021).

Para finalizar, y como venimos mencionando a lo largo de toda la producción, consideramos de suma urgencia que las intervenciones en los espacios de salud y educación comiencen a complejizar e incluir otras dimensiones que hacen y son sumamente importantes para abordar SSynR desde la integralidad. En este sentido, problematizar qué lugar ocupa el placer, el goce, la autonomía, la responsabilidad (no) compartida, entre otros, deben ser las preguntas que guíen hacia donde comprender los derechos sexuales y no reproductivos. En cuanto a esto, una de las entrevistadas manifiesta que “nos descuartizan cuando miran solo nuestro cuerpo. Porque somos emocionalidad, sentimientos” (EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021).

## REFLEXIONES CONSTANTES

Para cerrar con el proceso de prácticas preprofesionales y con la escritura del presente Trabajo Final de Grado, recuperamos algunas de las discusiones, reflexiones y análisis que nos han interpelado y acompañado a lo largo de todo este proceso. Partimos de reconocer y visibilizar nuestra posición social como mujeres, mujeres que hemos hecho de los feminismos nuevos puentes para construir *otros modos* de habitar, pensar y vivenciar otros mundos posibles. Es desde este posicionamiento que hemos llevado a cabo este proceso, tanto en la elección de este campo problemático, como en el diseño y puesta en marcha del Relevamiento Social Diagnóstico, como la posterior escritura de este trabajo.

Decidimos hacer parte del proceso nuestra posición social como mujeres, lo que significó y permitió que a lo largo de todo el proceso pudiéramos correr de (o al menos intentar visibilizar y cuestionar) la distancia o “frialidad”, que en muchas ocasiones es vista como legítima en las intervenciones; y que entendemos sigue respondiendo a la “objetividad” impuesta por el positivismo. Durante el proceso de prácticas y escritura nos sentimos atravesadas en relación a las construcciones, a los sentidos, a las disputas y luchas en relación a la sexualidad y a la salud sexual, entendiéndonos parte del *Entre Mujeres*; por lo que al momento de escribir decidimos, en varias ocasiones, hacerlo también en primera persona (ejemplo de esto: las mujeres tenemos/tienen). Este cuestionamiento y decisión, nos permitió como grupo dejarnos interpelar y movilizar por las situaciones que se presentaron a lo largo del Relevamiento, como también en el posterior análisis de esta información.

En este sentido, como futuras profesionales, hemos y seguiremos apostando a un Trabajo Social crítico, transfeminista, comprometido con los movimientos y luchas sociales, con los Derechos Humanos y la Justicia Social. Un Trabajo Social capaz de reflexionar desde posicionamientos éticos-políticos y epistémicos sobre el ejercicio profesional, y al servicio de la construcción de mundos más vivibles, libres, dignos y deseantes.

Con el objetivo de recuperar algunas de las discusiones y análisis que hemos desarrollado a lo largo de lo trabajado, traeremos los siguientes puntos de análisis y reflexión en tanto permitan seguir pensando y aportando a construir prácticas en SSynR que recuperen la integralidad de los procesos y favorezcan-faciliten la accesibilidad:

En primer lugar, y como al comienzo de este trabajo mencionamos, Débora Ferrandini (2010) propone pensar y comprender “la salud como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas” (Débora Ferrandini, 2010, p.5). En este sentido, damos cuenta que los movimientos feministas y LGBTTTNBI+ vienen generando prácticas que construyen salud sexual desde la capacidad de lucha; denunciando las múltiples violencias existentes, transformando desigualdades, y construyendo otras formas de pensar, habitar y sentir las sexualidades. Como mujeres feministas, y estudiantes de Trabajo Social apostamos a ser parte de estas luchas, y es desde allí que nos posicionamos y generamos las intervenciones, reflexiones durante el proceso de prácticas preprofesionales y de escritura de este trabajo.

A partir de comprender la salud como la capacidad de lucha es que decidimos visibilizar y reconocer, a lo largo del trabajo, las luchas sociales que posibilitaron la sanción y ampliación de derechos sexuales en tanto Derechos Humanos. Reconocemos que las leyes, normativas, políticas públicas, programas sancionados son fundamentales, pero comprendemos también, que la implementación de las mismas no es un proceso lineal, ni libre de contradicciones, y las condiciones de accesibilidad a los derechos sexuales y no reproductivos no responden a lógicas *universales* ni igualitarias.

En ese sentido, en segundo lugar, como grupo nos posicionamos desde una perspectiva crítica de los Derechos Humanos, en términos de Alicia Stolkiner (2010), lo que implica por un lado cuestionar y visibilizar el contexto de surgimiento de los Derechos Humanos como producto de una determinada configuración histórica propia de la modernidad occidental. Por otro lado, implica cuestionar la noción de universalidad como una de las características centrales de los DDHH, en tanto no permite un diálogo intercultural o diálogo de saberes en términos de Boaventura de Sousa

Santos (2014). Y a su vez, reconocemos que la condición de universalidad niega y no permite visibilizar las múltiples situaciones de desigualdades y opresiones estructurales que existen en sociedades capitalistas, patriarcales, coloniales y capacitistas.

En esta misma línea, y en tercer lugar, consideramos necesario reflexionar sobre las condiciones de accesibilidad, que planteadas como universales, no permiten visibilizar quiénes las diseñan y con qué criterios son definidas y legitimadas como tales. También esta perspectiva nos permite mirar quiénes elaboran las políticas sociales, los programas, como así quiénes- y quiénes no- pueden ser parte de esos procesos, definiendo qué es lo prioritario a abordar, y cómo debe ser abordado. En ese sentido, comprendemos que es necesario reflexionar cómo se piensa desde las instituciones la accesibilidad, desde qué lógicas y perspectivas, como así también qué lugar se le da a las personas que acceden a las instituciones, qué tan abiertas están a las interpelaciones, a los aprendizajes y a construir de manera conjunta.

Partiendo de entender que los DDSSYNR son derechos de todas las personas (lo que en términos legales incluye a todas las identidades), queremos compartir una situación de nuestro proceso de prácticas preprofesionales: cuando comenzamos con el momento de la escritura previa del TFG, proyectamos que las personas con quienes trabajaríamos serían *mujeres, lesbianas, trans, travestis, transexuales, no binaries, bisexuales, entre otras identidades*. Sin embargo, en cuanto el proceso fue avanzando (nos) fuimos dando cuenta que la sujetas con quienes trabajamos en todas las intervenciones y propuestas siempre fueron mujeres cis en edad reproductiva que mantienen relaciones heterosexuales. Traemos esta situación, para cuestionar y preguntarnos: ¿Si existen políticas y programas de acceso a la salud sexual por parte de otras identidades, porque las practicas y abordajes priorizados por los espacios de salud continúan siendo dirigidas a mujeres cis en edad reproductiva (las mismas sujetas de las políticas de control demográfico)? De allí que afirmamos que existe una correlación entre género y salud sexual que debe ser cuestionada.

A partir de esto, en cuarto lugar, queremos expresar nuestra preocupación como grupo, acerca de la escasa accesibilidad de otras identidades no cis y no heterosexuales, en los espacios de

salud y específicamente a Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, a 10 años de la sanción de la Ley de Identidad de Género. Entendemos que esta situación da cuenta de las resistencias y lo poco accesibles, que históricamente y en la actualidad, siguen siendo los espacios de salud para poblaciones LGBTTTNBQ+; en tanto siguen reproduciendo lógicas binarias, heteronormativas y biologicistas.

Comprendemos que esta situación debe preocuparnos, alertarnos y a su vez interpelarnos acerca con quienes - y quienes no- se siguen pensando y conformando los espacios de salud; y a su vez desde qué lógicas, perspectivas teorías y políticas- éticas se siguen educando, formando y pensando los planes de estudio de las profesiones que siguen siendo mayoría en los espacios de salud (medicina, enfermería, entre otras). En este punto, consideramos qué desde el Trabajo Social aún hay mucho por decir, hacer y aportar en los espacios de salud y en la consolidación de esta situación como una problemática que debe ser considerada como *urgente*. Sin embargo nuestra profesión y formación no está exenta de seguir reproduciendo lógicas binarias, heteronormativas y biologicistas. Creemos necesario y urgente que el plan de estudios incluya de forma transversal perspectiva de género, transfeminista, anticapacitista, descolonial.

En quinto lugar, y en la misma línea de lo que venimos mencionando, consideramos necesario pensar en intervenciones que puedan comprender y abordar la salud sexual desde la integralidad, pudiendo ir más allá del acceso a métodos anticonceptivos, IVE e ITS. Y con esto no estamos infiriendo en que las prácticas destinadas a lo (no) reproductivo no tengan que continuar sucediendo, y que no son sumamente necesarias e importantes. Damos cuenta que la garantía y acceso a estas prácticas permite visibilizar el cumplimiento de derechos sexuales, pero consideramos que debería alertarnos y preocuparnos que el acceso a DSSyNR se reduzca solo estos abordajes; de allí que nos hacemos las siguientes preguntas:

¿Podríamos decir que una mujer “accede” a derechos sexuales porque de manera regular busca y consume pastillas anticonceptiva, pero cuando llega a su casa no puede decidir cuando tener relaciones sexuales? ¿O cuándo su pareja no usa preservativo aunque ella no esté de acuerdo? ¿O

cuándo no hay lugar en su vida para el placer? ¿O cuándo la responsabilidad del uso de métodos anticonceptivos- barreras solo dependen de ella?

A los fines de continuar con la reflexión sobre punto, retomamos la siguiente fragmento de una de las entrevistas que fueron parte del Relevamiento Social Diagnóstico:

*“Los espacios médicos tienen qué empezar a hablar de otras cosas también. Acompañar, somos personas de placer, el placer con una guía de dónde y con quien. EL PLACER Y LA ANGUSTIA COMO ALARMAS.”*(EP2, entrevista virtual, 10 de diciembre de 2021).

Consideramos que es de suma urgencia pensar y diseñar intervenciones en SSynR desde la integralidad, en donde la responsabilidad compartida, el placer, el vínculo con el propio cuerpo y el de otros, ocupen un lugar central.

En sexto lugar y para concluir de manera tentativa con las reflexiones de esta producción, nos parece central preguntarnos sobre qué Trabajo Social es el que queremos construir - y estamos construyendo-. Como futuras profesionales apostamos a un Trabajo Social con un constante ejercicio de reflexividad ética y política, que permita preguntarnos ¿Con quiénes trabajamos? ¿Con quiénes no? ¿Para quiénes? ¿En qué trabajamos? ¿Desde qué posicionamientos? ¿Cuáles son los abordajes que consideramos prioritarios?. En este sentido consideramos que no hay prioridades a trabajar, sino que existen muchas y múltiples urgencias que deben recuperarse, visibilizarse y atravesar-interpelar el ejercicio profesional desde el Trabajo Social.

En línea con todo lo desarrollado hasta este momento, procuramos que esta producción pueda constituirse en un aporte y antecedente para seguir reflexionando, visibilizando y problematizando las condiciones de accesibilidad actuales en materia de Salud Sexual y (no) Reproductiva, desde la integralidad y en conjunto con múltiples y diversas identidades. En este sentido, entendemos que son muchas y múltiples las urgencias que se interseccionan y que desde el Trabajo Social se vuelven necesarias recuperar, visibilizar, legitimar e intervenir desde la integración de estas. Para ello, se vuelve fundamental la constante reflexión ética y política en el

ejercicio profesional, como así también la apuesta a construir espacios de forma conjunta con *otros saberes* (invisibilizados como tales por la academia), otros tiempos y otras vivencias que entendemos no son contempladas y escuchadas en los espacios de salud hegemónicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aquín Nora (2005). Pensando en la dimensión ético-política del Trabajo Social. *Revista Trabajo Social*. No. 1. Medellín, enero-junio 2005 p. 71-83
- Arancibia, Ines (2018). *El campo problemático de la planificación social territorial. Enfoques necesarios para intervenciones socioeconómicas complejas*. UBA, Argentina.
- Arias Ana y Sierra Noelia (2019). *La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Bard Widgor Gabriela (2019). *Por la Justicia sexual. Un estudio sobre las violencias sexuales en mujeres de Córdoba*. Comp. Paola Bonavitta y Gabriela Bard Wigdor. CONICET - Libro digital, EPUB
- Belmartino, Susana (1988). *Modelo Médico Hegemónico*. II Jornadas de A.P.S. (págs. 197-211). Buenos Aires CONAMER. A.R.H.N.R.Gpdf.
- Bertona María Celeste (2018). *La legitimidad del Trabajo Social en equipos de salud interdisciplinarios*. Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba conciencia social 2018
- Breilh, Jaime (2013). *Determinación social de la salud. Hacia una salud colectiva eficiente*. [https://www.youtube.com/watch?v=wBT\\_NpB-view](https://www.youtube.com/watch?v=wBT_NpB-view)
- Paola Bonavitta, Gabriela Bard Wigdor (2021). *Las mujeres en aislamiento por COVID-19: Tiempos de cuidado, tareas domésticas, comunitarias y Teletrabajo*. Revista Punto Género N.º 15
- Bosio Maria Teresa y Crosetto Rossana (2020). Ciudadanía sexual y atención primaria de la salud. *Conciencia Social*. Revista Digital de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30736/31410>



- Bourdieu Pierre y Norbert Elias (2010). *Las teorías sociológicas: los conceptos de campo social y habitus*. Distrito Federal, Mexico.  
<https://www.redalyc.org/pdf/598/59820673003.pdf>
- Bruno, Analia. (2007). Derechos sexuales y reproductivos, un camino recorrido. En K. Claudia, *Hacia una pedagogía feminista: generos y educación popular* (pág. 89). El Colectivo América Libre. Buenos Aires:
- Calienni Monica, Martin Ana Maria, & Moledda Marcela (2009). Sobre el Trabajo Social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina. *Revista de Trabajo Social*. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2(2), 37-47.
- Casas Anguita, Repullo Labradora y Donado Campos (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de datos. *Atención primaria*. 2003, vol. 31, no 8, p. 527-538.
- Carracedo Elida, Iglesias Paola, y Saraceni María Laura (2005) *Significaciones sobre el proceso de salud/ enfermedad/ atención y de las políticas en salud pública*. Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes. Universidad Nacional de Rosario.
- Cazzaniga Susana (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. ISSN-e 0327-7585, N°. 27.
- Cuarta conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994) Informe disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
- Cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995) Informe disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Cruz Hernandez Delmy Tania y Bayón Jiménez Manuel (2020). *Cuerpos, territorios y feminismos: Compilación latinoamericana de teorías, metodologías y prácticas políticas*. Ediciones Abya-Yala, Libertad bajo palabra y Bajo Tierra Ediciones. Ecuador- México.

- Debates Taller. Desarrollo Integral Infantil en Contexto de Inequidad. Villa Carlos Paz-Argentina. CLACYD.
- De Sousa Santos, Boaventura, & Meneses, Maria Paula (2014). *Epistemologías del sur* (Vol. 75). Ediciones Akal.
- Diario democracia. (2021, 16 de noviembre). *Un cambio cultural en favor de la igualdad*.  
<https://www.diariodemocracia.com/vida/sociedad/251700-cada-vez-mas-hombres-se-hacen-vasectomia-argentina/>
- Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género (S/F). Mesa Federal de Políticas Económicas con Perspectiva de Género Las brechas de género en las provincias argentinas.  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa\\_federal\\_-\\_las\\_brechas\\_de\\_genero\\_en\\_las\\_provincias\\_argentinas.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa_federal_-_las_brechas_de_genero_en_las_provincias_argentinas.pdf)
- Esteban, Mari Luz. (2006). *El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista*. Salud colectiva, 2(1), 9-20.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652006000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002&lng=es&tlng=es).
- Equipo de estudiantes (2021) *Fuentes primarias correspondientes al proceso de prácticas* (cuadernos de campo, entrevistas en profundidad, entrevistas semiestructuradas, Relevamiento Social Diagnóstico). Ciudad de Córdoba
- Federicci, Silvia (2004). *Calibán y la bruja : Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2004. <https://libros.metabiblioteca.org/handle/001/299>.
- Federici Silvia (2013). *Revolución en Punto Cero, Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. España. Traficantes de sueños.
- Fernández, Carla Antonella, Nobile Pascualides, Lia. y Turconi, Julieta. (2020). Salud colectiva, decolonialidad y feminismo(s). Apuestas desde el diálogo de saberes entre mujeres. *Conciencia Social*. Revista digital de Trabajo Social, 4 (7). 262-278  
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30762> ISSN 2591-5339

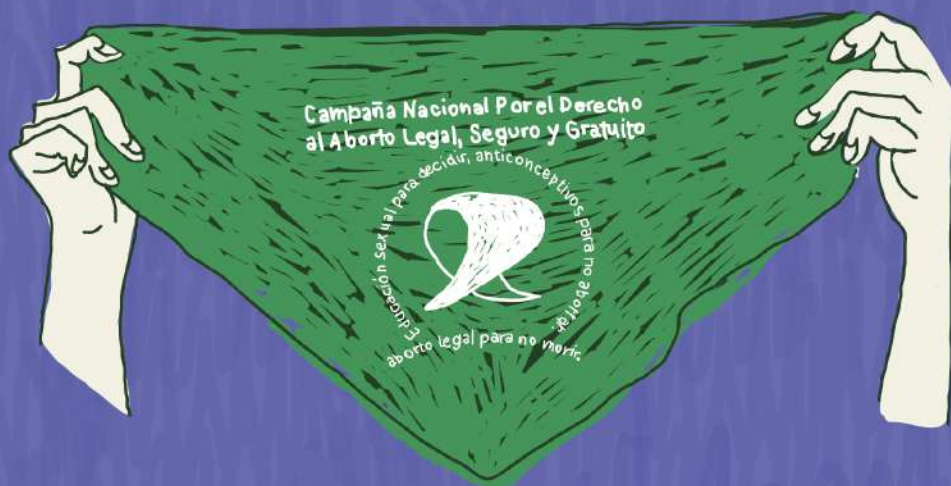
- Ferrandini, Débora (2010) *Salud: opciones y paradigmas*. Mimeo
- Ferrer Macarena (2015). *La Maquila de Médicos: Una etnografía en la guardia del Hospital Nacional de Clínicas*. UNC - FFyH.
- Foucault, Michel (1998). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México. Editorial Siglo Veintiuno.
- Gaitan Paula (2016). Estrategias de Intervención en Trabajo Social Institucional. En *Compartiendo quince años del Programa “La Universidad escucha a las escuelas”*. *Perspectivas, debates y propuestas desde el Trabajo Social Institucional (2001 - 2016)* Comp. Rotondi Gabriela, FCS -UNC.
- Gutiérrez Aguilar, Raquel (2018). Porque vivas nos queremos, juntas estamos trastocándolo todo. Notas para pensar, una vez más, los caminos de la transformación social. (págs. 41-55). *Revista THEOMAI*. Universidad Nacional de Quilmes. Bernal
- Guzman Aroyo Adriana (2015). Prólogo. En *Por la Justicia sexual. Un estudio sobre las violencias sexuales en mujeres de Córdoba*. Comp. Paola Bonavitta y Gabriela Bard Wigdor. CONICET - Libro digital, EPUB.
- Hospital Nacional de Clínicas (S/F). *Reseña Histórica*, (S/F).  
<https://hospitalnacionalclinicas.fcm.unc.edu.ar/>
- La Tinta (2018, 29 de mayo). *Salud sexual y reproductiva en Córdoba: Vivimos una sensación de soledad, de doble maltrato*.  
<https://latinta.com.ar/2018/05/salud-sexual-reproductiva-cordoba-sensacion-soledad-doble-maltrato/>
- La tinta (2020, 26 de octubre). *El socorrismo como parte de la genealogía feminista*. (Entrevista a Gabriela Morales)  
<https://latinta.com.ar/2020/10/socorrismo-como-parte-de-la-genealogia-feminista/>
- La Tinta (2020, 9 de diciembre). *Los trofeos del oscurantismo cordobés*.  
<https://latinta.com.ar/2020/12/trofeos-oscurantismo-cordobes/>

- Laurell, Asa Cristina (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales, vol. 37, p. 4-17.
- Ley 9.073 (2002). Creación del Programa de Maternidad y Paternidad.. Córdoba. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cordoba\\_legislacion\\_sobre\\_salud\\_reproductiva.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cordoba_legislacion_sobre_salud_reproductiva.pdf)
- Ley 26.150 (2006). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Argentina <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
- Ley 27.610 (2020) “Interrupción Voluntaria del Embarazo”. Argentina. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- Machado Ana Lía, Giacone Marta, Álvarez Carlos y Carri Pablo (2007). *La reforma de la salud y su impacto en los trabajadores del sector: el caso Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, Argentina, Córdoba.* <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/download/160/303>
- Martínez, Karla Montserrat Ríos (2019) La entrevista semi-estructurada y las fallas en la estructura. La revisión del método desde una psicología crítica y como una crítica a la psicología. *Caleidoscopio-Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades* (41). pp 65-91.
- Meng, Griselda (2006): Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable argentina: ¿una política de género?. En M. Petracci, y S. Ramos, *La política pública de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia* (págs. 93-112). CEDES. Buenos Aires. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3955/1/5213.pdf>
- Morillo, Ana. (2021). Entrevista a Ana Morillo - Día internacional de Acción por la Salud de las Mujeres. (Paula Gaitan, entrevistadora). Córdoba Capital
- Nucci, Nelly; Crosetto, Rossana; Bilavcik, Claudia y Miani, Ana (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *Conciencia Social*. Revista digital de

- Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. p. 10-28.
- Pagaza Margarita Rozas (2002). *Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en trabajo social*. Argentina Espacio editorial.
  - Portal oficial del Estado Argentino (s.f) *¿Qué es el Programa Sumar?*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>
  - Federico Valente (2022, 6 de mayo). *Hospital de Clínicas - Córdoba: renuncias masivas por salarios de pobreza y precarización laboral*. Prensa Obrera <https://prensaobrera.com/universidad/hospital-de-clinicas-cordoba-renuncias-masivas-por-salarios-de-pobreza-y-precariacion-laboral>
  - Programa de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1995) [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD\\_programme\\_of\\_action\\_es.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf)
  - Programa Feminismo, Sexualidades y Derechos y la Comisión Géneros y Disidencias del Consejo Social- CISCOSA - Red Mujer y Hábitat de América Latina y el Caribe, Las Alicia Córdoba Capital- PS, SeAP y Católicas por el Derecho a Decidir Argentina. (S/F). *Los efectos de la pandemia COVID-19: mucho más que un problema de salud*. <https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/Los%20efectos%20de%20la%20pandemia%20COVID-19%20-%20mucho%20m%C3%A1s%20que%20un%20problema%20de%20salud.pdf>
  - Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003). Programa Nacional de Salud Sexual. <https://seguro.sssalud.gob.ar/novedades/archivos/documentos/PROGRAMANACIONALSA LUDSEXUAL.pdf>
  - Red de Profesionales por el Derecho a Decidir (2021) *Informe: Violencias en Acceso al Aborto Un acercamiento desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en la*

*regionales Zona Oeste Provincia de Buenos Aires y Mendoza 30 de diciembre de 2021 – A 1 año de la sanción de la Ley 27.610.*

- Spinelli, Hugo (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista de Salud Colectiva* ;6(3):275-293. Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Argentina.
- Stolkiner, Alicia (2010). *Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente*. *Medicina social*, 5(1), 89-95.
- Vaggione, Juan Marco (2017). *La Iglesia Católica frente a la política sexual: la configuración de una ciudadanía religiosa*. *Cadernos Pagu* 50.
- José Manuel Morán Faundes, María Angélica Peñas Defagó, Candelaria Sgró Ruata y Juan Marco Vaggione (2019). La resistencia a los derechos sexuales y reproductivos. Las principales dimensiones del neo-activismo conservador argentino En Gloria Careaga Pérez *Sexualidad, Religión y Democracia en América Latina*. Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual, A.C.
- Vaggione, Juan Marco (2021). La perspectiva de género en la política estatal: impactos y desafíos. *Mora*, (27), 185-190.
- Viveros Vigoya Mara (2016). *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*. Debate Feminista.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>
- Zamberlin, Nina (2004) De salud materno infantil a salud reproductiva: una perspectiva en un contexto de cambio. En *Enfoque Integral del Desarrollo en la Infancia*.
- Zamberlin, Nina (2011) *Derechos sexuales y reproductivos y acción colectiva en Argentina*. En Jelin Elizabeth, Caggiano Sergio y Mombello Laura *Por los derechos. Mujeres y hombres en la acción colectiva*. Buenos Aires: Nueva Trilce, 79-122.



“ENTRE MUJERES SE DAN CONVERSACIONES  
QUE VAN LIMPIANDO TANTA CARGA DE DOLOR  
SOBRE NUESTROS CUERPOS.”

(EP2, ENTREVISTA VIRTUAL, 10 DE DICIEMBRE DE 2021).

